FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 29 Avril 1908, à 1 heure.

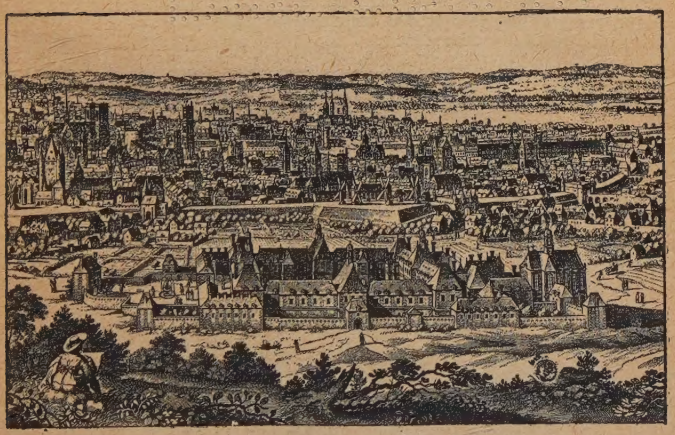
Par M. CL. SIMON

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Né à Labruguière (Tarn), le 9 Juillet 1878.

LE GRATTAGE MÉTHODIQUE

Nouveau procédé d'exploration clinique en dermatologie



L'HOSPITAL SAINT LOVIS EN 1620

Président : M. GAUCHER, *Professeur.*

Juges : MM. PINARD, *Professeur.*
MARCEL LABBÉ, } *Agrégés.*
COUVELAIRE. }

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
—
1908

36736

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	LANDOUZY.
Professeurs	MM.	
Anatomie		NICOLAS.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		MARIE (Pierre).
Histologie		PRENANT.
Opérations et appareils		QUENU.
Pharmacologie et Matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		BALLET (Gilbert).
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER.
Clinique médicale		HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants		HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des voies urinaires		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements		PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL, *Chef des travaux anatom.*
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A M. le Docteur BROCQ

En témoignage de mon sincère attachement et de ma profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur GAUCHER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat.

MM. LANNELONGUE, HUCHARD, LE GENDRE, BROCQ.

Internat.

MM. LE DENTU, BOULLOCHE, HIRTZ, BROCQ.

A MM. LES DOCTEURS

BUDIN et GINGEOT (*in memoriam*), ANDRÉ PETIT, SERGENT, RÉNON, LE NOIR, LOUIS FOURNIER, RICHELOT, MAUCLAIRE, THIÉRY, BAUDET, LENGLET, AUG. PETTIT, PAUTRIER.

PRÉAMBULE

Sur les conseils de notre maître, M. Brocq, nous avons recherché, sous sa direction et avec son contrôle, les phénomènes que produit le grattage méthodique sur un certain nombre de dermatoses. A peu près tous les malades qui ont été soignés dans son service ont été explorés par le grattage, soit par lui, soit par nous et, en outre, nous avons examiné de cette façon, les cas qui, à la consultation de l'après-midi de l'hôpital Saint-Louis, nous paraissaient intéressants pour notre étude. C'est le résultat de ces recherches que nous venons exposer ici. Les documents que nous avons recueillis sont considérables ; il suffit pour s'en convaincre de réfléchir au nombre de malades qui se présentent chaque jour à l'hôpital Saint-Louis.

Dans quelques cas nous avons pu, toujours avec l'autorisation du malade et quelquefois sur sa demande, pratiquer des biopsies des éléments grattés, nous rendre compte exactement des lésions produites par le traumatisme et illustrer d'une preuve histologique les résultats cliniques que nous venions de constater.

L'idée de gratter les éléments éruptifs est ancienne mais ce qui ne l'est pas, c'est celle d'élever le grattage méthodique au rang de méthode exploratrice et de procédé de diagnostic. Cette idée appartient entièrement à

M. Brocq. Certes, depuis longtemps, tous les dermatologistes avaient l'habitude de gratter de l'ongle les squames du psoriasis et ils savaient qu'ils mettaient ainsi en évidence la disposition micacée des squames et qu'ils arrivaient sur une surface rouge, légèrement élevée et saignant facilement. Si pourtant on lit les différents ouvrages de dermatologie parus depuis Lorry, c'est-à-dire depuis la période moderne de la dermatologie, il ne semble pas que les auteurs aient attaché une grande importance au grattage. Ils le mentionnent parfois à l'article psoriasis, mais presque jamais ailleurs. Il convient cependant de citer, à titre de précurseurs, les auteurs qui parlent du grattage comme moyen de diagnostic.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'on peut à la rigueur, d'après le texte qui suit, penser que Lorry explorait par le grattage les lésions psoriasiques que l'on appelait alors lèpre des Grecs :

« Si nimiâ fuerint avulsœ (tumores), sanguinem ad basim fundunt, carnemque, ut cum veteribus loquar, seu potius basim cutis sanam et rubellam ostendunt, ex quâ tamen novæ crustæ mox succrescunt (1). »

Alibert n'est guère plus explicite dans son article sur l'herpes furfuraceus circinatus :

« Quelquefois ces taches roussâtres donnent à la peau une disposition chamarrée ; quand on touche ces plaques, on y trouve une légère aspérité ; et il suffit de les gratter légèrement pour en faire tomber les furfures... (2). » Et : « Quand on prend des douches, ou qu'on pratique des lotions avec de l'eau chaude, cette matière se détache et l'endroit malade de la peau reste rouge et luisant (3). »

(1) Lorry, *Tractus de morbis cutaneis*, p. 366 (*de lepra græcorum*). Parisis apud p. Guillelmum Cavelier, viâ San-Jacobœa, sub signo Lili aurei. M DCC LXXVIII.

(2) Le baron Alibert, *Monographie des dermatoses*, 2e édit., t. II, p. 29. Paris, Baillière, édit., 1835.

(3) Le baron Alibert, *loc. cit.*, p. 33.

Cazenave et Schedel, reproduisant l'enseignement de leur maître Biett, disent que dans le psoriasis :

« Les squames sont plus ou moins adhérentes ; elles laissent après leur chute une surface très rouge, un peu douloureuse, proéminente au toucher (1). »

On s'étonne de ne trouver dans Bazin que des descriptions encore plus vagues que celles que nous venons de citer. Voici le passage le plus explicite que nous ayons pu trouver, pour le sujet qui nous occupe :

« Les squames sont constituées par des lamelles blanches, nacrées, argentées, adhérentes aux téguments sur lesquels elles reposent, et dont on ne les détache qu'avec quelque difficulté ; la face interne de la partie exfoliée de la squame offre des saillies et des dépressions correspondant aux saillies papillaires et à leurs intervalles (2). »

Devergie parle plus expressément du grattage, mais sans y insister :

« Dans le psoriasis, ces lames ou productions épidermiques adhèrent à la peau ; elles ne se détachent que très rarement, on ne peut les enlever qu'avec l'ongle (3). »

En réalité, l'importance du grattage n'a été bien comprise pour la première fois que par Hebra, et avec lui par Besnier et Doyon. Ce n'est que plus tard que Hardy, Auspitz, Kaposi reproduiront, sans rien y ajouter, la

(1) Alphée Cazenave et H.-E. Schedel, *Abrégé pratique des maladies de la peau, d'après les auteurs les plus estimés et surtout d'après les documents puisés dans les leçons cliniques de M. le Dr Biett*, 2e édit. Paris, Bichet jeune édit., 1833.

(2) E. Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau*, p. 378. Paris, Ad. Delahaye, édit., 1862.

(3) Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, 2e édit., p. 465. Paris, V. Masson, édit. 1857.

description du célèbre professeur Viennois. Seul Duncan-Buckley a montré un signe nouveau. Nous allons d'ailleurs citer les passages les plus intéressants, pour ce qui nous concerne, des ouvrages de ces auteurs.

Hebra : « Ces écailles reposent sur une base rouge, légèrement élevée et saignant facilement. » Note de A. Doyon : « Ce dernier phénomène n'est rien moins que fréquent, et, dans tous les cas, ne nous semble pas mériter d'être placé, dans une définition, au rang des signes caractéristiques de cette maladie (1). »

Hardy : « Par le grattage, on détache également ces écailles superficielles, qui tombent en poussière et qui laissent à la partie grattée une coloration blanche plus nette et comme micacée. Mais les squames, situées plus profondément, sont ordinairement adhérentes au derme et il faut un certain effort pour les arracher, quelquefois même cette avulsion donne lieu à l'issue de quelques gouttes de sang et à la formation d'une légère excoriation. Ces squames, qui forment une couche épidermique plus ou moins épaisse, reposent sur une surface cutanée saillante et rouge ; cette coloration n'est pas toujours très apparente, à cause des écailles qui la recouvrent, mais elle se voit pourtant au pourtour des saillies squameuses, et elle s'aperçoit surtout lorsque, par le grattage, par des lotions ou par des frictions entreprises dans un but thérapeutique, les écailles épidermiques ont été enlevées... Dans les syphilides, la squame est plus mince, et on ne

(1) F. Hebra, *Traité des maladies de la peau*, traduit et annoté par A. Doyon. Paris, V. Masson, édit., 1869.

peut la gratter sans trouver facilement au-dessous d'elle la peau dure et épaisse (1). »

Auspitz ne fait qu'affirmer la constance de l'hémorrhagie punctiforme. Ce n'est donc pas à juste titre que l'on désigne ce phénomène sous le nom de signe d'Auspitz : « La congestion sanguine de la base, dans le psoriasis, se reconnaît à ce que, après l'enlèvement de l'amas squameux déposé sur la plaque, il se fait chaque fois et immédiatement après, une hémorrhagie par de nombreux stomates isolés et béants de la base de la plaque. La rougeur hyperhémique de la base fait place à une stase veineuse dans les vaisseaux sur lesquels repose l'amas squameux, et c'est cette stase qui donne lieu aux hémorrhagies après l'enlèvement des squames... Il est facile d'observer que sous les squames qui se détachent facilement, la couche cellulaire jeune de l'épiderme présente une solution de continuité plus considérable et une grande fragilité, de sorte qu'on arrive immédiatement, au-dessous des cellules, à la couche cylindrique du réseau à travers laquelle on entrevoit les vaisseaux des papilles, et quand on la soulève, on met à nu les vaisseaux papillaires saignants (2). »

Dans la traduction de l'ouvrage de Kaposi, la note de Besnier et Doyon est plus importante que le texte. Voici l'une et l'autre :

« Si on l'enlève (la squame) avec l'ongle, ce qui est très facile, on aperçoit sur la base rouge, de nombreux

(1) A. Hardy, *Traité des maladies de la peau*, p. 881 et 891. Paris, J.-B. Baillière, édit., 1886.

(2) Auspitz, *Pathologie et thérapeutique générales des maladies de la peau*. Trad. française par A. Doyon. Paris, 1887, p. 105 et suivantes.

petits points saignants. Ceux-ci correspondent à autant de petits vaisseaux des papilles, qui, gonflés par hyperhémie, faisaient saillie et ont été lésés par le grattage. » Les traducteurs ajoutent :

« Hébra a eu grand'raison de faire remarquer avec quelle facilité le réseau vasculo-papillaire sanguin pouvait être déchiré dans le psoriasis. Aussitôt les squames enlevées, le plus léger frottement de l'ongle fait sourdre à la surface de la tache psoriasique autant de fines gouttelettes sanguines qu'on a lésé de sommets papillaires. C'est là un excellent élément de diagnostic différentiel que Devergie avait également relevé et signalé, très utile en clinique comme adjuvant, mais qu'il ne serait pas prudent de considérer comme absolument pathognomonique.

« Infiltrés d'air et dissociés dans leur étage supérieur, les agglomérats de squames psoriasiques sont plus ou moins faciles à détacher par fragments, plus ou moins friables ; quelquefois ils peuvent être enlevés tout d'une pièce par l'ongle mené assez profondément sous la plaque ; ils forment le surtout de l'élément psoriasique, au-dessous duquel celui-ci apparaît comme un disque rouge, portant l'empreinte des couches épithéliales qui viennent d'être enlevées, lisse, brillant, quelquefois légèrement humide.

« Le vernis épithélial mince et fragile qui donne ces derniers caractères à l'élément psoriasique — cuticule sous-squameuse — est vraiment spécial au psoriasis, et c'est avec raison que L. Duncan-Buckley a attiré l'attention sur sa valeur diagnostique. Il faut ajouter cependant que les caractères bien analogues, au moins pour

un médecin dermatologiste, peuvent se rencontrer dans d'autres affections, telles que l'eczéma stéatidrosique du cuir chevelu par exemple, etc... Il faut voir dans ces caractères objectifs des éléments de diagnostic très utiles, mais il y aurait quelque exagération à les transformer en *signes* absolus constants et infaillibles (1). »

Pour la première fois, nous notons que le grattage a été pratiqué dans une autre affection que le psoriasis ou les syphilides psoriasiformes. Nous verrons dans le cours de ce travail les phénomènes produits par la curette sur « l'eczéma stéatidrosique » qui nous paraît être la dermatose figurée de Brocq. Le grattage a été fait maintes fois sur les syphilides psoriasiformes, mais personne, pas même Besnier et Doyon, qui y insistent, n'ont vu véritablement le phénomène primordial qu'il y produit, nous voulons parler du purpura. Voici ce qu'écrivent ces auteurs à ce sujet :

« Une plaque de psoriasis en goutte, par exemple, peut assurément ressembler — au point d'induire en erreur le plus habile — à une syphilide papulo-squameuse ; mais, sauf dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, et à part certaines régions anatomiques et anatomo-topographiques particulières, la paume de la main au premier rang, même en dehors de toute enquête sur l'état du malade, on peut communément distinguer l'exfoliation ou la desquamation du syphiloderme, de l'accumulation des squames psoriasiques. La syphilide est-elle un peu étendue, il est tout exceptionnel qu'elle desquame indéfiniment au grattage sur toute sa surface,

1) Kaposi, *Leçons des maladies de la peau*, t. I, p. 543, 2e édit.

comme s'il s'agissait d'un psoriasis. De plus, dans le syphiloderme, on ne trouve pas cet amincissement de la couche cornée adhérente, si remarquable dans le psoriasis, lequel laisse, par le moindre râclage, saigner les sommets papillaires. Dans presque tous les cas, enfin, il sera possible de distinguer par l'intensité de l'infiltrat dermique, la syphilide de la plaque psoriasique, laquelle, débarrassée de son surtout corné, n'a jamais la même épaisseur, à égalité de surface, etc. (1). »

L. Duncan-Buckley décrit de la façon suivante le signe du décollement de la dernière cuticule sous-squameuse, signe de la plus haute importance (traduction de M. Brocq) :

« Beaucoup d'auteurs parlent d'une base saignante au-dessous de la plaque du psoriasis, ou plutôt ils disent que la surface sous-jacente est rouge et que l'on peut aisément la faire saigner après que l'on a enlevé les squames blanches. Le point sur lequel je veux appeler l'attention est le suivant. Après avoir enlevé les squames perlées ou argentées qui couvrent la surface d'un placard, en grattant avec précaution, nous arrivons sur une surface lisse qui ne nous donne plus de squames, mais que l'on ne peut pas faire saigner en pressant entre les doigts. Mais si, maintenant, nous prolongeons le grattage avec une curette, ou avec un canif, avec une force douce qui ne soit pas suffisante pour blesser l'épiderme sain de chaque côté de la plaque, nous trouverons qu'il y a une pellicule lisse, membraneuse, qui glisse non comme une squame, mais sous forme de feuille, parfois de presque

(1) Kaposi, *loc. cit.*, t. II, p. 567. Note de Besnier et Doyon.

la grandeur de la plaque, laissant au-dessous d'elle la surface rouge composée des papilles allongées et des prolongements interpapillaires du corps muqueux de Malpighi, surface que l'on peut facilement faire saigner par un très léger nouveau grattage.

« Je ne pense pas que cette membrane pelliculaire existe au-dessous des plaques d'eczéma, de syphilides squameuses, d'herpès circiné, et je pense que c'est souvent un élément important de diagnostic du vrai psoriasis : elle existe, d'après mon observation, jusqu'à ce qu'un tissu complètement sain ait remplacé les placards psoriasiques (1). »

Déjà L. D. Buckley n'enlevait pas d'un bloc le surtout squameux du psoriasis, mais c'est avec Besnier que nous commençons à entrevoir la technique du grattage :

« Si au lieu d'enlever avec soin, en entier, le surtout plâtreux, on l'écaille avec l'ongle jusqu'à ce que l'on arrive sur la cuticule parakératosique immédiate aux papilles et au corps muqueux, et qu'on l'excorie légèrement, il se fait un léger suintement sanguin — signe du saignement — dont Hebra et Devergie ont montré l'importance au point de vue du diagnostic du psoriasis. Ce signe, que les malades mettent en évidence spontanée par le grattage quand le psoriasis est prurigineux, n'a pas une valeur pathognomonique absolue.

« Quand on a avulsé, en détail, par grattages répétés, les squames friables de la superficie de l'élément psoriasique, ou quand on a enlevé l'agglomérat d'une pièce

(1) L. D. Buckley. Note on a hitherto undescribed point in the diagnosis of Psoriasis. *Archives of Dermatology*, 1878, p. 129.

par l'ongle mené sous la plaque épithéliale, le plateau psoriasique apparaît comme un disque rouge spongieux, pointillé de fines saillies rouges, la plupart excoriées et saignantes, luisant, succulent, granité, avec les orifices folliculaires visibles : un peu collant au doigt, portant l'empreinte des zones épithéliales concentriques qui viennent d'être avulsées. Il est recouvert, comme d'un vernis, par une lamelle épithéliale mince et fragile, transparente — cuticule sous-squameuse de L. Duncan-Buckley, — dont la valeur diagnostique est réelle sans être absolue (1). »

Combien nous sommes loin de la courte mention qu'accorde Lailler, dans ses leçons, au grattage :

« Quelquefois on éprouve une certaine difficulté à distinguer à première vue la papule du psoriasis de celle du lichen ou de la syphilide papulo-squameuse. Je vous conseille alors pour vous tirer d'embarras, de retenir ceci : c'est que dans ces deux dernières éruptions, si l'on gratte les squames avec l'ongle, elles prennent aussitôt un aspect terne, tandis que dans le psoriasis, ce léger grattage exagère le brillant des squames (2). »

M. le prof[r] Fournier a gratté avec beaucoup de soin les papules de psoriasis guttata et les syphilides papulo-squameuses. Il résume en un tableau comparatif les résultats obtenus dans les deux cas. Nous verrons plus loin, quand nous étudierons à ce point de vue la syphilis et le psoriasis (voir page 87) que les phénomènes que

(1) E. Besnier. *Traité de thérapeutique appliquée de A. Robin, section du traitement des maladies de la peau*, Paris, 1897, 1[re] part., p. 265 et s.

(2) Lailler, *Leçons sur quelques affections cutanées*, p. 49, Paris, V.-A. Delahaye et C[ie], 1877.

nous avons observés sont différents, en ce qui concerne les syphilides psoriasiformes, de ceux qu'a rapportés M. Fournier. Nous tâcherons d'expliquer ces divergences.

M. le Prof[r] Gaucher, soit seul, soit en collaboration avec Hillaret ou avec Barbe, accorde une place importante au grattage :

« Hebra a beaucoup insisté, avec raison, sur la congestion des papules psoriasiques. Ces papules saignent facilement par le grattage. Quand vous grattez une papule de psoriasis, vous déterminez un fin piqueté hémorrhagique, et vous voyez quelques gouttelettes de sang sourdre à sa surface. Cela est extrêmement important pour le diagnostic, car cette congestion, qui donne facilement naissance à une petite hémorrhagie, n'existe que dans les papules psoriasiques (1). » Et :

« L'eczéma séborrhéique prêterait plutôt à confusion lorsque ses plaques sont le siège d'une desquamation abondante, mais la localisation différente de chaque éruption, le résultat du grattage des plaques, qui, dans le psoriasis, rend les squames plus blanches et détermine un piqueté hémorrhagique, facilitent le diagnostic (2). »

Les traités ou manuels français récents parlent également du grattage, mais tous très brièvement. C'est ainsi que Dubreuilh écrit :

« Le grattage détache une abondance de squames tout à fait surprenante ; les dernières lamelles épidermiques laissent à nu une surface rouge, molle, sur

(1) E. Gaucher, *Traité des maladies de la peau*, Paris, O. Doin, édit., 1895.

(2) E. Gaucher et Barbe. *Maladies de la peau.* Extrait du *Traité de méd. et de thérap.*, t. II, p. 780, 1896.

laquelle les papules écorchées forment un très fin piqueté hémorrhagique. Ce caractère a une certaine valeur diagnostique surtout avec l'eczéma, mais on le retrouve dans les syphilides psoriasiformes (1) ».

Nous verrons que cette dernière disposition, sans être absolument inexacte, a besoin de commentaires.

Dans la *Pratique dermatologique*, Audry s'exprime ainsi :

« Si l'on gratte avec un peu d'insistance le sommet de la papule dénudée de ses squames, on voit bientôt apparaître une fine rosée sanguine qui suinte par une foule de petits points très fins, répondant au sommet de chaque papille (2). »

Augagneur et Carle n'ont garde d'oublier le grattage dans le diagnostic des syphilides papulo-squameuses :

« Un grattage sur toute la surface la transforme en une tache blanche comparable à celle que laisse une goutte de bougie éraillée. Rien de pareil dans la syphilis qui desquame fort peu (3). »

Il semble parfois que les auteurs citent le grattage pour être complets et sur la foi des traités, mais non parce qu'ils ont l'habitude de le pratiquer :

« Lorsque l'on détache les squames, la partie mise à nu devient spontanément, ou sous l'influence du plus léger grattage, le siège d'un écoulement sanguin ; elle est parfois le siège d'un piqueté hémorrhagique ; la surface de la papule devient en même temps brillante et

(1) W. Dubreuilh. *Précis de dermatologie*, p. 307, Paris, O. Doin, édit., 1899.
(2) Ch. Audry, *La pratique dermatologique*, t. IV, p. 100.
(3) V. Augagneur et M. Carle, *Précis des maladies vénériennes*, p. 398, Paris, O. Doin, édit., 1906.

comme vernissée; cet éclat appartient à la couche épidermique qui persiste. C'est la cuticule sous-squameuse de Duncan-Buckley (1). »

En somme, on peut dire que depuis Lorry, les dermatologistes avaient l'habitude de gratter les dermatoses squameuses et particulièrement le psoriasis, mais probablement d'une façon distraite et sans soupçonner l'importance de ce moyen d'exploration. Le premier, Hebra, voit exactement les phénomènes qui se produisent au niveau d'une plaque de psoriasis gratté. Les auteurs qui le suivent ne font que reproduire ou amplifier sa description. Seul, Duncan-Buckley découvre un phénomène nouveau d'une valeur diagnostique considérable. Besnier a eu le grand mérite de montrer qu'il fallait non seulement enlever d'un coup le surtout squameux, mais encore l'effriter petit à petit. De plus, il gratte les eczémas stéatidrosiques et voit très justement qu'ils présentent le signe du saignement.

Mais personne, chose curieuse, ne soupçonne que le grattage peut être employé systématiquement comme moyen de diagnostic et devenir une véritable méthode d'exploration clinique en dermatologie. Si l'on consulte les divers ouvrages qu'a publiés M. Brocq, l'on se convainc facilement que dès 1890 (2), il accorde une très grande importance au grattage, mais seulement encore pour le diagnostic du psoriasis :

« Quand on les a enlevées complètement (les squames)

(1) Hallopeau et Leredde, *Traité prat. de dermatol.*, p. 937. Paris, J.-B. Baillière, édit. 1900.

(2) Brocq, *Traitement des maladies de la peau*, p. 695, Paris, O. Doin, édit., 1890.

par le raclage, ce qui est parfois assez malaisé, parfois au contraire de la plus grande facilité, on trouve au-dessous d'elles le derme rouge, lisse, luisant, non suintant. Il a un aspect brillant, comme un peu gras, et est parsemé d'un petit piqueté hémorrhagique. Il est légèrement infiltré et épaissi dans la grande majorité des cas. »

Dans son *Traité élémentaire de Dermatologie pratique* (1), il complète cette description et, sans connaître la note de Duncan-Buckley, découvre de son côté la dernière pellicule et en saisit toute l'importance clinique :

« .....Si l'on continue à gratter avec douceur, on finit par soulever une sorte de fine pellicule qui se décolle par lambeaux relativement assez considérables, de un à plusieurs millimètres d'étendue.

« Elle laisse au-dessous d'elle une surface dermique rouge, lisse, luisante, non suintante, qui a un aspect brillant, comme un peu gras, et qui est souvent parsemée d'un petit piqueté hémorrhagique véritable, de telle sorte qu'un linge blanc appliqué sur cette surface se tache de très fines gouttelettes de sang. Ces petites hémorrhagies sont parfois très peu nombreuses : assez souvent il faut attendre un certain temps avant qu'elles deviennent perceptibles. On peut également par la même manœuvre faire apparaître de petits points purpuriques au niveau de la plaque et tout autour d'elle ; mais ce purpura punctiforme consécutif au grattage s'observe avec moins de facilité et de fréquence dans le psoriasis

(1) Brocq, *Traité élément. de dermatol. pratique comprenant les syphilides cutanées*, Paris, O. Doin, édit., 1907, t. II, p. 328.

vrai que dans les parakératoses psoriasiformes et dans les parapsoriasis. C'est là le signe d'Auspitz, signe du coup d'ongle, auquel nous attachons une très grande importance pour le diagnostic différentiel objectif des dermatoses rouges et squameuses. »

Enfin, la même année, M. Brocq publie dans les *Annales de Dermatologie* (1) une « note préliminaire sur l'importance du grattage à la curette pour le diagnostic de certaines dermatoses. ». Ce travail forme à lui seul la matière de notre étude. Nous n'avons eu, pour la mener à bien, qu'à développer les idées de notre maître et à pratiquer quelques biopsies sur des cas minutieusement observés. Nous avons déjà fait connaître les premiers résultats des biopsies que nous avons faites avec la collaboration de notre confrère et ami le Dr Pautrier (2).

Cet historique aurait pu être beaucoup plus court si nous nous étions borné à rechercher les auteurs qui ont gratté systématiquement tous les éléments éruptifs : il se résumerait dans la note de M. Brocq.

(1) Brocq, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, mai 1907.

(2) Pautrier et Cl. Simon, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, mars 1908.

CHAPITRE II

TECHNIQUE DU GRATTAGE MÉTHODIQUE

---

§ Ier. — Instruments nécessaires.

Pour pratiquer le grattage dermatologique il n'est pas nécessaire d'avoir une instrumentation compliquée. A la rigueur l'ongle suffirait. Ce serait même, n'étaient quelques inconvénients, le grattoir idéal. Ses bords sont mousses quand il n'est pas fraîchement coupé ; par conséquent il n'écorche pas et il transmet fidèlement au doigt les sensations de résistance, de dureté ou de mollesse de l'élément. De telle sorte que l'on peut graduer la force à employer et agir aussi superficiellement qu'on le veut. C'est d'ailleurs de l'ongle que se servaient les anciens dermatologistes.

Cependant il y a quelques inconvénients à se servir de l'ongle : il est difficile à désinfecter complètement ou il faut pour cela un temps assez long. Or, quand on veut examiner plusieurs malades de suite, surtout à l'hôpital, on ne peut songer à faire, après chaque exploration, une toilette chirurgicale. Si l'on songe à la fréquence des syphilides psoriasiformes, on voit le danger que courent, par la méthode de l'ongle, les malades et

le médecin. En outre, quand il s'agit d'explorer de petites surfaces ou des lésions siégeant dans les plis, et en particulier dans le pli rétro-auriculaire, le pli interfessier, etc., il est plus facile de se servir d'un instrument assez long et assez mince et portant en guise de grattoir une surface assez étroite.

La curette de Brocq remplit tous ces desiderata. « C'est la curette modèle Vidal légèrement modifiée, c'est-à-dire très ouverte, à extrémité libre ovalaire assez aiguë et à bords mousses non tranchants.

« C'est en somme une lame d'acier aplatie, légèrement courbée sur le plat, figurant un ovale très allongé, plus épais au centre que sur les bords. »

Un point est à souligner dans cette description : il faut que les bords soient mousses. On se propose en effet de gratter doucement et non de racler ou d'excorier les téguments.

Une lame de verre, quelques feuilles de papier de soie ou de papier à cigarette et une compresse de toile complètent le « nécessaire » du dermatologiste qui veut gratter méthodiquement.

La lame de verre sert à différencier le simple érythème du véritable purpura. Il suffit pour cela de presser sur la lésion et de regarder par transparence : l'érythème disparaît, le purpura reste. Nous n'insistons pas sur ce phénomène connu depuis longtemps. M. Brocq se sert d'un compresseur du genre de celui de Unna. C'est une lame de verre épaisse de 2 ou 3 millim., longue de 4 cent. et large de 2 cent. A chacune de ses extrémités elle est relevée à angle droit sur une hauteur de 1 cent. 1/2, de sorte qu'on peut le saisir entre

le pouce et l'index très commodément. Sur sa face supérieure sont gravées 10 divisions métriques de 1 millim. chacune. On peut donc mesurer exactement, quand il en est besoin, les éléments vus par transparence.

Le papier de soie sert à apprécier l'exosérose et l'hémorrhagie, quelquefois trop légères pour être décelées sans son secours. Quand l'hémorrhagie est très légère, la tache rouge qu'elle produit est plus visible sur une compresse de toile fine que sur le papier de soie.

§ 2. — **Technique.**

Pour gratter selon la méthode de M. Brocq, on tient la curette comme une plume à écrire, ou encore par son milieu, en quelque sorte en équilibre entre le pouce et l'index. L'important est de n'employer aucune force dans le grattage. On passe ensuite le bord de la curette sur la lésion de façon que le dos de la curette fasse un angle d'environ 90° avec la surface des téguments. Cet angle peut d'ailleurs varier suivant la douceur que l'on veut employer. Mais il doit autant que possible être toujours le même pour avoir des résultats comparables. On donne ainsi plusieurs coups de curette en examinant après chacun d'eux les phénomènes qui peuvent se produire. Dès que l'on soupçonne que la rougeur qui apparaît d'abord se pique d'un point plus rouge, on cesse de gratter et l'on applique le compresseur. De temps en temps il faut s'assurer s'il n'apparaît pas de sérosité : pour cela il suffit d'appliquer sur la surface grattée un morceau de papier de soie et de l'appuyer

solidement sur la peau avec le compresseur : s'il existe de l'exosérose le papier se tache aussitôt en jaune clair.

L'emploi du compresseur dans cette manœuvre est nécessaire. En effet, si l'on appuie le papier avec la pulpe du doigt, on s'expose à deux causes d'erreur : d'abord le doigt peut ne pas être parfaitement sec ou parfaitement décapé. Il peut donc, soit mouiller le papier par lui-même, soit le graisser et l'empêcher de se mouiller au contact de la sérosité qui sourd de la surface grattée. De plus, quand l'exosérose est légère, elle ne fait tache sur le papier que lorsque celui-ci est appuyé fortement sur la peau et il est impossible en regardant le papier une fois enlevé, de noter le moindre indice. Il est donc nécessaire de juger sans bouger le papier, par conséquent par transparence à travers le compresseur qui le fixe.

Le papier, appliqué sur la surface grattée à l'aide du compresseur de verre, peut aussi servir à dénoter l'existence de l'hémorrhagie. Il se teinte de rose si la sérosité est simplement sanguinolente, en rouge franc s'il sourd du sang pur. Cependant nous préférons, pour déceler l'hémorrhagie, nous servir d'une compresse de toile fine.

En effet, quand il s'agit de sérosité sanguinolente, il ne se fait sur le papier qu'une tache uniformément et faiblement colorée. Au contraire, quand on se sert d'une compresse, la toile « boit » la sérosité et le sang fait tache rouge.

L'emploi de ces artifices, inutile quand l'hémorrhagie est nette, devient nécessaire quand le point rouge apparu sous la peau est si petit qu'il est absolument impossible de dire s'il s'agit d'un point de purpura ou d'une

gouttelette de sang. Nous nous y sommes trompés souvent au début de nos explorations et nous n'avons garde d'oublier de mettre l'observateur en garde contre cette cause d'erreur.

Il est de la première importance de pratiquer le grattage avec une extrême douceur, une extrême superficialité, et cela surtout dans l'appréciation de l'hémorrhagie. Il tombe sous le sens qu'un grattage brutal écorchera l'épiderme et provoquera de l'hémorrhagie : « Il ne faut pas *écorcher la peau*, il ne faut pas enlever brutalement, d'un coup sec, la couche squameuse ; il ne faut pas vouloir *faire saigner* les téguments, car quelle est la lésion cutanée qui résisterait à une telle manœuvre ? On la fera toujours saigner si l'on veut (1) .»

Il faut donc gratter légèrement et nous ajouterons lentement, sans se lasser, en notant un à un les divers phénomènes qui se produisent. Il est également important de voir quelle est la chronologie de l'apparition de ces phénomènes, quelle est la facilité avec laquelle on les fait naître, quelle est leur localisation exacte au niveau des lésions élémentaires, leur mode de groupement, etc...

Quels éléments faut-il choisir pour le grattage ? D'abord des éléments jeunes et isolés. Cette règle est d'ailleurs générale en clinique dermatologique ou, dans les cas difficiles, il faut toujours aller chercher à la périphérie des lésions pour trouver l'élément primitif dont l'aspect n'est pas encore modifié par le groupement

(1) L. Brocq et J. Agrignac. L'urine des psoriasiques. *Ann. de dermatol.*, 1906, p. 433.

des éléments, les infections secondaires, le grattage, la lichénification, les traumatismes, les topiques, etc. L'on doit cependant explorer les éléments anciens et, dans aucun cas, ne se contenter des résultats obtenus sur un seul élément. Toutes les fois que le grattage aura été trop dur, ou que l'attention aura été distraite pendant le grattage, on ne devra tenir aucun compte des résultats ainsi obtenus et recommencer sur de nouveaux éléments.

Il ne faut pas se contenter de gratter un élément primitif, il faut encore faire porter le grattage sur la peau saine immédiatement voisine de l'élément gratté. Ce procédé permet, par la comparaison des résultats obtenus sur la peau malade et sur la peau saine, de ne pas rapporter à un état morbide des phénomènes qui ne sont dûs qu'à la constitution anatomique particulière de la région. Nous reviendrons sur ce fait en étudiant les résultats du grattage sur la peau saine. Contentons-nous actuellement d'ajouter que l'on doit aussi gratter la peau de la région du pli du coude ; les résultats obtenus en cette région servant pour ainsi dire d'étalon de comparaison pour chaque individu. Nous dirons bientôt pourquoi cette région a été choisie.

Nous avons dit plus haut qu'il fallait noter la facilité avec laquelle se produisent les divers phénomènes observés. Cette constatation est de la plus haute importance. Plusieurs dermatoses en effet sont caractérisées, au point de vue qui nous occupe, par la production d'un seul phénomène, le purpura par exemple, et ce n'est en partie que par la facilité plus ou moins grande avec laquelle on le produira qui pourra fournir un argument séméiologique. Certes d'autres arguments

tirés de la forme du purpura, de sa localisation, etc., pourront aussi entrer en jeu, mais, nous le répétons, c'est la facilité de production qui est l'élément le plus important.

Comment apprécier cette facilité ? Nous avons l'habitude, dans le service de M. Brocq, de compter les coups de curette nécessaires à la production d'un phénomène donné. Nous ne nous dissimulons pas l'imprécision de cette méthode et nous sommes tout prêt à la changer si une meilleure nous est suggérée. Nous nous servons autant que possible de la même curette, car nous tenons des constructeurs d'appareils de chirurgie qu'il est impossible de faire deux curettes à bords mousses absolument identiques. De plus nous nous appliquons à gratter toujours de la même façon, avec la même force et avec la même vitesse, autant qu'il est possible de mesurer sans appareils ces divers facteurs.

Certes, nous avons songé à faire construire un instrument qui serait à la fois curette et instrument de mesure, pour échapper aux objections faciles à faire, difficiles à réfuter et tirées de la force employée par chaque opérateur et même par le même opérateur à deux moments différents. Nous avions pensé à faire monter une sorte de dynamomètre sur la curette de Brocq, mais nous avons reculé devant la difficulté de l'exécution de ce projet. Nous avons eu alors l'idée de choisir une sorte d'étalon qui servirait à mesurer la force employée habituellement par un observateur donné. Par exemple, il fallait à l'un 300 coups de curette pour faire apparaître un carton blanc recouvert d'un papier rouge, ou bien tant de coups pour effriter 2 millimètres de paraffine.

Il aurait été aussi facile de comparer les résultats obtenus par chacun à ceux que nous rapportons dans ce travail. Après quelques essais, nous avons renoncé à toute mesure de comparaison. Les chiffres que l'on trouvera plus loin sont ceux que nous avons obtenus nous-mêmes. Ils n'ont pas la prétention d'être des chiffres absolus, mais seulement de fournir des données comparables. Nous sommes convaincu qu'après quelques manipulations, l'on peut se faire pour ainsi dire la main et arriver à gratter tous les éléments à peu près avec la même force. Nous pensons que, sans atteindre une précision mathématique, cette méthode de compter les coups de curette habitue à une précision qu'il est rare de rencontrer dans les descriptions dermatologiques. Nous ne craignons pas le reproche de trop grande minutie que ne manqueront pas de nous adresser quelques-uns, habitués à un vague prudent.

CHAPITRE III

RÉSULTATS DU GRATTAGE EN PEAU SAINE

1° Lorsque l'on gratte doucement, selon la technique que nous venons d'indiquer, une région quelconque des téguments sains, le premier phénomène qui se produit est la *desquamation*. Constamment on soulève de très fines squames presque toujours assez grasses pour rester adhérentes à la surface de la curette, et cela dès les premiers coups. Presque en même temps apparaissent les phénomènes d'ordre vaso-moteur.

2° Le plus souvent c'est la *rougeur* qui se montre la première ; dans quelques cas le passage de la curette provoque une zone blanche d'anémie locale. La rougeur apparaît en moyenne vers le dixième coup de curette. Elle débute tantôt par une teinte rose très pâle qui fonce peu à peu pour arriver au rose franc, tantôt par une coloration lilas. Cette dernière coloration nous a paru être plus fréquente chez les vieillards à peau atrophique et pigmentée. Il est de toute évidence que les sujets dermographiques réagissent comme ils ont l'habitude de le faire à tous les traumatismes cutanés.

3° La *teinte blanche* apparaît le plus fréquemment bordée de rouge, mais cela surtout quand le traumatisme a été trop fort. Beaucoup plus rarement, elle ne

présente pas ces bords rouges, et l'on est en présence du phénomène qu'a décrit M. Sergent sous le nom de raie blanche surrénale. Il nous a été malheureusement impossible d'étudier au point de vue pathogénique les quelques rares malades chez qui nous avons pu constater la raie blanche. Nous pouvons seulement dire qu'ils ne présentaient ni de mélanodermie, ni d'asthénie notables. Nous nous réservons d'ailleurs de compléter cette enquête toutes les fois que nous en aurons l'occasion.

En poursuivant le grattage, la rougeur augmente et l'anémie, quand elle existe, ne tarde pas à faire place à une teinte rouge ; la desquamation augmente peu à peu sans jamais devenir abondante et des phénomèmes nouveaux se produisent, mais longtemps après l'apparition des premiers.

4° Le *purpura* se montre entre le 80e coup de curette et le 400e suivant les sujets, et suivant la région explorée. Il est toujours extrêmement fin, à peine perceptible au début. Pour le mettre en évidence il faut prolonger le grattage bien plus longtemps et il est très difficile d'en faire apparaître un second point. Toujours ces points purpuriques restent très fins et on ne peut arriver à les faire confluer. Pour nous rendre compte du mode de production du purpura, nous avons biopsié, après grattage, la peau saine de l'avant-bras d'un sujet exempt de toute dermatose, et la peau en apparence saine d'un syphilitique en période éruptive secondaire. D'une façon générale nous nous sommes adressé à la peau de l'avant-bras, de façon à avoir des résultats comparables.

Obs. — M. M..., 20 ans. Paralysie faciale. Peau intacte. Vers le 100e coup de curette 3 points minuscules de purpura. Ni exosérose, ni aucun autre phénomène.

Examen histologique. — Les lésions histologistes constatées sont réduites à leur minimum. Elles consistent essentiellement en une usure légère de l'épiderme, aplati, réduit d'épaisseur, mécaniquement usé par la curette et par de la turgescence des vaisseaux papillaires qui sont, surtout sur un point, dilatés, remplis de globules rouges, et situés superficiellement sous l'épiderme.

Obs. — M. B..., 40 ans. Eruption généralisée de syphilides papuleuses. Grattage de la peau saine du pli du coude. Au 380e coup de curette, 2 points de purpura minuscules et légère exosérose.

Examen histologique. — Ce qui frappe tout d'abord et ce qui constitue à proprement parler l'unique lésion constatée, c'est l'existence entre deux régions d'épiderme normal d'une zone légèrement déprimée en forme de cupule qui correspond évidemment au passage de la curette et au niveau de laquelle l'épiderme montre des lésions importantes. Il est aplati, comme usé et forme une mince bande rectiligne au niveau de laquelle on ne trouve plus ni papilles, ni cônes interpapillaires. Les couches cellulaires au nombre de deux ou trois à peine sont formées d'éléments aplatis, déformés et qui, au lieu d'avoir une forme polygonale, ont leur grand axe allongé transversalement, parallèlement à la surface de la peau. Toute trace de la couche cornée et de la granuleuse a disparu. Tout se borne donc là à des lésions traumatiques considérables, uniquement dues au passage répété de la curette.

L'existence du purpura constaté cliniquement ne peut s'expliquer que par la présence de capillaires dilatés et gorgés de globules rouges qui se trouvent, sur certains points, presque au contact de l'épiderme déprimé en cupule. Ces capillaires sont manifestement plus dilatés que ceux des régions où l'épiderme est resté intact. Nulle part il n'existe d'hémorrhagies intradermiques.

5° En mettant de temps en temps le papier de soie sur la région grattée et en l'appuyant fortement avec le

compresseur, on s'aperçoit que l'*exosérose* survient plus tardivement que le purpura, environ 100 coups de curette après lui. Elle est toujours très légère, insuffisante pour faire tache sur le papier de soie, mais suffisante pour le coller légèrement sur la surface grattée. Cette exosérose est constante, mais elle est très difficile à produire et reste toujours très minime.

6° Après l'exosérose, l'*hémorrhagie* survient, mais il faut, pour la produire, un traumatisme véritable qui excorie la peau : 1,200, 1,500 coups de curette et plus sont nécessaires pour la produire. On voit donc à *priori* quelles profondes lésions produisent dans la peau certaines dermatoses (comme le psoriasis ou la dermatose figurée médico-thoracique) pour que l'hémorrhagie apparaisse dès le 10e coup de curette et quelquefois avant.

Nous disons tout de suite que les phénomènes que nous constaterons à l'état pathologique sont les mêmes que ceux que nous venons de constater en peau saine. La vésiculation est le seul qui appartienne en propre à certaines dermatoses. Mais nous verrons combien sont variables à l'état pathologique les aspects sous lesquels se montrent ces phénomènes, la facilité avec laquelle ils apparaissent, le groupement qu'ils forment, l'ordre chronologique qu'ils suivent, etc.

7° Et d'abord, ces phénomènes, nous l'avons déjà dit, *varient suivant les individus et suivant les régions*. Il est évident que la peau est plus fragile chez les femmes et chez les enfants, mais non dans les proportions que l'on pourrait penser. Notamment chez les femmes, le nombre de coups de curette nécessaires pour provoquer

du purpura est sensiblement égal à celui qu'il faut employer chez l'homme. Chez les vieillards, la résistance dans les cas que nous avons observés, notamment à Bicêtre, grâce à la complaisance de notre collègue et ami M. Ameuille, nous a paru égale à celle des adultes. Ce n'est donc que pour les enfants qu'il faut admettre un chiffre inférieur. Nous avons pris arbitrairement comme chiffre moyen de la résistance cutanée le chiffre moyen nécessaire pour provoquer l'apparition d'un minime point purpurique sur la région du pli du coude. Ce chiffre est 250 environ.

Nous devons expliquer pourquoi nous avons choisi le purpura et le pli du coude.

Le *purpura* a été choisi surtout parce qu'il est le phénomène que nous avons surtout l'intention d'étudier et parce qu'il nous paraît le plus important. Il y a peu de fonds à faire sur la desquamation qui n'est qu'un phénomène épidermique et qui donne peu de renseignements au point de vue du diagnostic. Les mêmes remarques s'appliquent à l'exosérose. Quant à l'hémorrhagie, elle est trop difficile à provoquer, en dehors de deux états morbides bien définis. Elle est donc, si elle est difficile, un phénomène trop général et, si elle est trop facile, un phénomène trop particulier. Le purpura, au contraire, se produit toujours en peau saine ou pathologique et avec des caractères tellement variés, dans ce dernier cas, qu'il acquiert une réelle importance seméiologique.

Nous avons choisi le *pli du coude* parce que cette région est une de celles où la peau est la plus fine, la plus glabre. Nous préférons cette région à la région

axillaire antérieure ou sous-claviculaire, où la peau est peut-être plus fine, mais qui est moins facile à découvrir quand il n'est pas possible de faire déshabiller le malade.

La peau du pli du coude présente les phénomènes que nous venons d'énumérer avec plus de facilité qu'ailleurs, la peau de la région de l'aisselle exceptée. Il ne faut pas croire pourtant que la différence soit grande, sauf, naturellement, pour les régions où il existe une épaisse couche cornée : paume des mains ou plante des pieds. Dans ces deux dernières régions, le grattage ne donne aucun résultat.

Il nous a semblé que sur certains sujets séborrhéiques, la peau des régions d'élection de la séborrhée était moins résistante que celle du pli du coude. Nous avons même une certaine tendance à dire que la région médio-thoracique postérieure est celle où le purpura se produit le plus facilement.

Ces variations de résistance suivant les régions nous ont engagé, quand nous pratiquons le grattage d'un élément éruptif quelconque, à gratter également la peau saine qui avoisine l'élément exploré (V. plus haut, p. 30).

Nous nous sommes demandé si le purpura est plus facile à provoquer dans *certains états pathologiques généraux où l'on peut soupçonner une fragilité spéciale des vaisseaux*. Les résultats que nous avons obtenus sont trop incertains pour que nous formulions des conclusions. D'autre part, nous n'avons pas eu l'occasion d'explorer à cet égard des malades atteints de maladies aiguës. Cependant, il nous a paru que chez les artério-scléreux, la résistance cutanée (au sens où nous l'entendons) était très légèrement diminuée, en peau saine. Elle est plus

diminuée encore quand on a affaire à une dermatose évoluant chez un artério-scléreux. Dans un cas, le purpura facile provoqué au niveau d'un psoriasis ancien, fait tout à fait anormal, a permis à M. Brocq de penser qu'il existait une fragilité particulière des vaisseaux et l'examen complet du malade a montré une artério-sclérose généralisée avec insuffisance et rétrécissement aortique et un certain degré de dilatation de la crosse de l'aorte.

Mais ce fait reste malheureusement isolé.

Certaines dermatoses, surtout exanthématiques, peuvent-elles déterminer une diminution de la résistance, non seulement au niveau des éléments éruptifs, mais encore en peau saine ? Nous avons exploré à ce point de vue tous les malades que nous avons examinés par le grattage, et toujours avec un résultat négatif, sauf dans le *pityriasis rosé de Gibert*. Dans quatre cas de cette affection, il était possible de provoquer un point de purpura en peau saine, respectivement au 40e, 50e, 60e, 56e coup de curette, alors que les éléments éruptifs voisins donnaient du purpura au 20e, 20e, 25e, 15e.

Nous avons d'abord cru que ce fait était dû à un état dermographique souvent concomittant, mais nous avons renoncé à cette idée, d'abord parce que nous avons retrouvé cette fragilité dans des cas de pityriasis rosé sans dermographisme concomittant, et ensuite parce que nous avons trouvé une résistance normale dans des cas très accusés de dermographisme. Il semble que dans cette dermatose, toute la peau soit en puissance d'érythème.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS GÉNÉRAUX DU GRATTAGE DANS LES ÉTATS PATHOLOGIQUES CUTANÉS

Lorsque l'on gratte doucement avec l'ongle ou avec la curette de Brocq, comme nous l'avons indiqué, un élément éruptif quelconque, on provoque une série de phénomènes qu'il convient de suivre et de noter à mesure qu'ils se produisent.

La curette passe d'abord sur les squames qu'elle détache peu à peu, et arrive sur l'épiderme dont elle entame progressivement les différentes couches, ouvrant les cellules du corps de Malpighi, les dilacérant, mettant en liberté par conséquent le sérum qu'elles contiennent soit dans leur cavité, soit dans leurs interstices, fait qui se traduit à la surface de la région grattée par un afflux séreux, par une exosérose dont nous préciserons les caractères.

Mais pendant ces premiers coups de curette, le traumatisme se fait sentir à travers l'épiderme jusque sous le derme. Les vaisseaux dermiques dilatés ou rompus apparaissent par transparence, traduisant leur plus ou moins grande fragilité par la production d'un purpura plus ou moins rapide ou plus ou moins accentué. Enfin, les dernières couches du corps de Malpighi sont enlevées, les papilles sont abrasées et il se produit une

hémorrhagie punctiforme dont chaque point correspond à une papille excoriée. On comprend que cette hémorrhagie se produise d'autant plus facilement que les couches épidermiques sont plus fragiles, et qu'elle traduise de cette façon, jusqu'à un certain point, l'état anatomique de l'épiderme.

Tels sont les phénomènes que l'on pouvait prévoir *à priori* et tels qu'ils se passent en effet. Pourtant l'histologie nous a montré que les choses n'étaient pas aussi simples, notamment en ce qui concerne le purpura et les hémorrhagies que l'on pouvait considérer, cliniquement et d'après l'anatomie de la peau, comme des phénomènes dermiques. Nous verrons que l'épiderme joue un rôle dans leur production par la formation intra-épidermique de bulles hémorrhagiques qui se traduisent sous la curette par du purpura d'abord et ensuite par une hémorrhagie en nappe et non punctiforme. Nous aurons à démontrer ces faits, à les interpréter et à voir s'ils ont un intérêt au point de vue du diagnostic des lésions.

Le grattage peut, dans certains cas, produire des sensations douloureuses qui donnent quelques indices (lupus érythémateux) et des reflexes cutanés en certaines régions (abdominale, crurale, interne, etc.).

CHAPITRE V

ÉTUDE DE CHAQUE PHÉNOMÈNE EN PARTICULIER, ET SPÉCIALEMENT DU PURPURA ET DE L'HÉMORRHAGIE.

---

§ 1. — Squames.

Parmi les phénomènes produits par le grattage, nous étudierons spécialement la *purpura* et l'*hémorrhagie*. Nous dirons pourtant quelques mots des squames et de l'exosérose, mais seulement à titre d'indication générale, nous réservant d'en donner ultérieurement une étude plus approfondie.

Ce sont les squames, et surtout celles qui recouvrent complètement la lésion sous-jacente, qui ont certainement donné l'idée du grattage. On a voulu voir ce qu'il y avait sous cette couverture squameuse, et en même temps on s'est aperçu de l'épaisseur, de la couleur des squames dont la surface est souvent souillée et la coloration changée par les influences extérieures, de leur sécheresse ou de leur humidité, de leur adhérence, de l'aspect de leur face profonde, etc.

Le grattage méthodique nous montre avec la plus grande précision ces divers caractères.

Pour constater l'*épaisseur* des squames, on peut

enlever en totalité le surtout squameux et l'examiner par sa tranche. Mais ce procédé est brutal et il risque d'excorier le derme. Il est préférable de compter les coups de curette nécessaires à enlever totalement les squames.

Il faut de plus tenir compte dans cette appréciation de l'*adhérence* des squames, comme nous allons le voir. L'importance de connaître l'épaisseur des squames n'échappe à aucun dermatologiste. A elle seule, elle ne suffit pas à faire un diagnostic, mais accompagnée de quelques autres caractères des squames, blancheur, sécheresse, elle devient un signe de probabilité de psoriasis.

Au contraire s'il n'est besoin que de quelques coups de curette pour enlever toutes les squames d'un élement éruptif non traité, le diagnostic de psoriasis est improbable, mais ne disons pas plus, et l'on pensera plutôt à un parapsoriasis, à une parakératose psoriasiforme ou à un pityriasis rosé de Gibert.

La *couleur* blanche, l'*aspect* micacé par le grattage est depuis longtemps considéré comme un bon signe de psoriasis. Au contraire, des squames légèrement jaunâtres sont assez caractéristiques de la dermatose figurée médiothoracique de Brocq (eczéma flanellaire, pityriasis steatoïde de Sabouraud).

La *constitution* de la squame est aussi importante à noter. Tantôt la curette détache successivement une série de squames stratifiées (psoriasis), tantôt elle n'arrive qu'à provoquer une fine poussière grisâtre. Entre ces deux extrêmes aspects, il y a place pour tous les intermédiaires ; lambeaux plus ou moins larges, plus ou moins

épais. Mais le caractère le plus utile à connaître, à ce point de vue, est la présence d'une dernière pellicule détachable en bloc ou par lambeaux larges de quelques millimètres. Nous avons cité en entier les descriptions de Duncan-Buckley et de Brocq, cette dernière, bien que postérieure à celle de l'auteur américain ayant été faite sans que M. Brocq ait eu connaissance du travail de son devancier. Nous n'avons rien à ajouter à cette description. L'importance de cette dernière pellicule est capitale, mais non pathognomonique. Nous avons retrouvé le signe de Buckley et de Brocq dans des syphilides psoriasiformes mais très rarement, alors qu'il est pour ainsi dire constant dans le psoriasis. Dans la syphilis la dernière pellicule est d'ailleurs un peu différente : elle n'est pas mince et difficile à décoller en totalité. C'est en quelque sorte la squame entière qui s'enlève en masse. Nous ne sommes pas éloignés de croire que ce phénomène est le meilleur signe clinique du psoriasis. Grâce à lui et à quelques autres fournis par le grattage, le diagnostic entre les syphilides psoriasiformes et le psoriasis est presque toujours possible, alors qu'en dehors du grattage, il est quelquefois impossible. Nous discuterons plus loin ce diagnostic.

La *sécheresse* des squames a une petite valeur : elle indique les états psoriasiformes, alors que la dermatose figurée médio-thoracique a des squames humides, molles, comme succulentes. M. Sabouraud a démontré que cette sensation graisseuse est due à la présence dans le squame de gouttelettes de sérum coagulé.

L'*adhérence* des squames s'apprécie très bien au grattage, à la façon dont celles-ci résistent à la curette.

C'est là une sensation qu'il est difficile de décrire, mais que l'on acquiert très vite. Quelquefois, en effet, la curette enlève les squames sans que l'on sente la moindre résistance; quelquefois, au contraire, la curette glisse sur les squames sans presque les entamer et si elles sont dures et inégales, plâtreuses, elle produit un cri ou plutôt un craquement très particulier (lupus érythémateux). C'est là l'adhérence propre des squames, si on peut ainsi parler, traduisant leur compacité. Il convient également d'apprécier cette adhérence de la face profonde de l'enduit squameux à la surface de la peau. Dans quelques cas elle est si prononcée que l'on ne peut détacher la squame qu'en excoriant en quelque point la surface du derme et en produisant une hémorrhagie irrégulière se faisant sans qu'il y ait eu de dernière pellicule détachable et due uniquement au traumatisme violent qui a été nécessaire pour rompre l'adhérence de la squame.

La *face profonde de la squame* peut présenter des caractères spéciaux. Quelquefois lisse comme dans la dernière pellicule psoriasique, elle est quelquefois hérissée de villosités rappelant en plus petit l'aspect villeux d'une langue de chat. Cet aspect est presque caractéristique du lupus érythémateux dont il traduit d'ailleurs une des particularités histologiques : l'hyperkératose prédominante au niveau des orifices pilosébacés et sudoripares. Les petits prolongements blanchâtres sont précisément un peu de la couche cornée hyperkératosique moulée sur ces orifices.

§ 2. — Sérosité.

La sérosité qui sourd de la surface grattée est quelquefois assez abondante pour qu'on puisse constater sa présence sans l'aide d'aucun artifice. Mais souvent il est nécessaire d'avoir recours au papier de soie, comme nous l'avons indiqué plus haut (pages 27 et 28).

Nous rappelons qu'il est nécessaire de regarder si le papier se mouille, à travers le compresseur. La sérosité se montre de deux façons : tantôt sous forme d'une nappe large extrêmement mince qui donne un aspect brillant à la surface explorée ; tantôt sous forme de gouttelettes qui débordent de sortes de petits puits, vestiges de vésicules excoriées. Ces deux aspects, bien différents et qui répondent à des processus histo-pathologiques différents sont mis en évidence par le grattage méthodique. Tandis que l'*exosérose* en nappe, traduisant l'œdème malpighien, fait sur le papier de soie une tache unique mais large et plus ou moins régulière, la *vésiculation* se traduit sur ce même papier par une série de petites taches qui « calquent » pour ainsi dire les formations vésiculeuses, ouvertes pour le passage de la curette. Les renseignements ainsi obtenus sont encore plus précis : on lit sur le papier non seulement la présence de vésicules mais on voit leurs dimensions, on mesure l'espace qui les sépare, on sait si elles sont inégales entre elles ou irrégulières de contour. Le papier de soie enlevé et la surface grattée bien asséchée, on peut voir à l'œil nu, sans s'aider d'une loupe, une série

de petits puits qui correspondent aux vésicules dont la curette vient d'abraser le toit. Nous allons nous rendre compte de l'utilisation possible de ces diverses constatations au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

1° *Utilisation pour le diagnostic des renseignements fournis par l'exosérose.* — L'exosérose en nappe n'a pas une grande valeur au point de vue du diagnostic. Elle constitue un phénomène banal que l'on retrouve non seulement dans beaucoup des dermatoses mais aussi dans la peau saine (voir page 35) dès qu'on a enlevé les couches superficielles du corps muqueux. Pourtant certaines éruptions sont particulièrement sèches, par exemple les lichénifications. Cette sécheresse remarquable des lichénifications pures est telle qu'il faut quelquefois 500 et même 900 coups de curette pour provoquer une légère exosérose. Il y a là un signe différentiel avec le lichen plan dans lequel l'exosérose parait beaucoup plus vite. Au contraire, d'autres donnent naissance à une abondante exosérose, comme la dermatose figurée médio-thoracique. Dans certains cas même on observe dans cette affection une véritable vésiculation.

L'aspect lisse et surtout luisant du psoriasis gratté, une fois la dernière pellicule enlevée, nous semble dû à une très légère exosérose qui recouvre la surface dermique comme d'un vernis. Le papier de soie reste très légèrement adhérent sans qu'il se forme de véritable tache exosérotique. Cela dans les cas les plus communs, car assez souvent il existe dans le psoriasis une véritable exosérose qui fait tache sur le papier. Nous n'insistons pas davantage sur l'exosérose comme moyen de diag-

nostic. Bien plus importante est la constatation de la vésiculation par le grattage méthodique.

Dans certains cas, le grattage ne fait que confirmer l'existence de vésicules facilement visibles à la surface de l'épiderme. Il n'apporte alors, si nous pouvons ainsi parler, qu'un supplément d'information dont on peut se passer. C'est ce qui arrive le plus souvent dans l'*eczéma*, dans les *éruptions artificielles vésiculeuses*, dans la *dyshydrose*. Mais, dans d'autres cas, il existe des vésicules histologiques qu'il est impossible de voir à l'œil nu et même à la loupe, à cause soit de leur minime volume soit de leur situation relativement profonde dans le corps muqueux de Malpighi, et, dans ce dernier cas, à cause de l'épaisseur de la couche cornée parakératosique. Ces conditions se trouvent dans *certains eczémas*, principalement à la période des desquamations successives, dans les *parakératoses psoriasiformes* ayant de la tendance à la vésiculation, dans le pityriasis rosé de Gibert et dans la *dermatose figurée médio-thoracique*.

Nous n'insistons pas davantage sur les résultats que le grattage donne, alors qu'il existe des vésicules évidentes. Mais nous devons montrer son importance diagnostique quand il permet de déceler une vésiculation qui échappe aux moyens ordinaires d'investigation clinique.

Si l'on admet, avec M. Brocq, que l'*eczéma*, de même que beaucoup de dermatoses qui ne peuvent actuellement être considérées comme des entités morbides vraies, doit être défini par un de ses caractères objectifs les plus constants, par la vésicule, on saisit tout de suite l'importance capitale d'un procédé permettant de déceler

à coup sûr cette vésicule et d'en montrer en même temps les caractères particuliers.

Il y a là plus qu'un moyen de diagnostic, il y a véritablement une base solide sur quoi édifier tout un cadre nosologique.

Or, on sait que les vésicules de l'eczéma, constantes au point de vue histologique, sont quelquefois difficiles à voir cliniquement.

« Leur petit volume, leurs anomalies de niveau, la présence à côté d'elles, des reliquats de l'éviction des éléments semblables dont l'évolution est close, des squames et des croûtes, rendent parfois leur constatation laborieuse et les font méconnaître par les observateurs inattentifs ou inexpérimentés. Il faut souvent un examen minutieux sous des incidences de lumière variées, avec l'aide de la loupe, ou de la pression d'une lame de verre (1). »

Nous dirons plus : il est quelquefois impossible à l'œil nu et même à la loupe, de voir des vésicules que l'on met facilement en évidence par le grattage méthodique. Ce fait s'explique facilement par l'histologie de la vésicule eczématique et par son évolution à travers les couches de l'épiderme.

On sait en effet que la spongiose primitivement diffuse qui, peu à peu, va former la vésicule, naît d'abord dans les couches les plus profondes des corps muqueux au contact des papilles.

Puis, la vésicule formée, irrégulière, losangique sur les coupes et présentant un de ses angles vers la surface

(1) E. Besnier. *La pratique dermatologique.* Article *Eczéma*, t. II, p. 41.

de la peau, s'élève progressivement jusqu'au contact de la couche cornée et finit par disparaître soit par dessiccation, soit par rupture. Tandis que cette vésicule s'élève, une autre se forme au-dessous d'elle. Il se forme ainsi, par paroxysmes, une série de vésicules (suffusion rythmée de Sabouraud).

Il est aisé de comprendre que, tant que la vésicule n'a pas atteint les couches superficielles de l'épiderme, elle échappe à la vue. Quelques coups de curette, au contraire, enlevant les couches cornées et le toit de la vésicule, traduisent aisément la présence de celle-ci.

Il y a plus : quand l'eczéma guérit, ou bien encore quand il revêt certaines formes cliniques (eczéma craquelé par exemple), les formations cornées parakératosiques sont si abondantes qu'elles cachent complètement les vésicules qui se forment encore dans la profondeur. La curette encore montre facilement la vésicule enfouie dans le corps muqueux ou même arrivée jusqu'au contact des couches cornées, mais restant recouverte par l'épaisseur de ces couches.

Le nombre de coups de curette nécessaire pour faire apparaître l'exosérose au niveau d'une éruption d'eczéma est très variable, on le comprend facilement. Il est fonction de l'épaisseur de la couche cornée parakératosique qui recouvre les vésicules et de la profondeur des vésicules sous-jacentes à la curette. Tandis que dans la période dite vésiculeuse, la curette ouvre les vésicules en 4 ou 5 coups, quelquefois moins, il en faut beaucoup plus quand on a affaire à un eczéma à la période des desquamations successives, surtout quand il siège dans

une région à épiderme épais, la paume de la main par exemple.

On trouve dans tous les auteurs un diagnostic entre l'eczéma et le psoriasis. Il s'agit évidemment de cas atypiques où les vésicules ne se voient pas facilement. Grâce à la curette, ce diagnostic devient très aisé par la mise en évidence de la vésiculation. Ajoutons de suite que le psoriasis peut donner lieu, au grattage, à une assez abondante exosérose, mais il a, en outre, des signes tellement nets et que nous exposerons plus loin, que toute hésitation est impossible.

La possibilité de déceler à un moment donné des vésicules au niveau d'éléments rouges et squameux primitivement secs et ne donnant pas au grattage le signe d'Auspitz, doit faire porter le diagnostic de parakératose psoriasiforme eczématisée. Sans vouloir soulever ici la question de l'eczéma séborrhéique, question qui est tout à fait en dehors de notre sujet, il nous semble que l'on devrait réserver ce nom à ces derniers faits. Il y a alors des vésicules véritables et on peut donc dire : eczéma. D'autre part, cet eczéma évolue sur un fond de rougeur cutanée avec desquamation, ce que ne fait pas l'eczéma vrai dont la vésicule se développe en peau saine. Il faut donc un nom spécial à cette variété spéciale de faits et l'on peut adopter pour eux, mais pour eux seulement, le terme d'eczéma séborrhéique. Les autres éruptions qu'Unna fait rentrer dans son eczéma séborrhéique, mais dans lesquels il n'y a pas de vésicules, ne sont pas de l'eczéma. La curette, en permettant de déceler des vésicules, même quand elles ne sont pas visibles dès l'abord, donne donc un moyen

pratique de s'entendre, en dehors du laboratoire, sur la classification de certains faits prêtant à la discussion ou à l'interprétation.

2° *Utilisation pour le pronostic et le traitement des renseignements fournis par l'exosérose.* — Lorsque l'on est en présence d'une parakératose psoriasiforme sèche, le pronostic est assez favorable et on peut employer d'emblée des préparations assez fortes. Le traitement se confond à peu près avec celui du psoriasis. Mais si, trompé par la sécheresse apparente de l'éruption, on suit la même ligne de conduite alors qu'il existe une vésiculation cachée ou même un suintement séreux assez abondant, l'on s'expose à provoquer des poussées aiguës qui peuvent non seulement aggraver l'état local, mais encore se généraliser. Il faut, dans ces derniers cas, se comporter comme si l'on avait affaire à un eczéma et tâter progressivement la sensibilité du sujet. La vésiculation doit être considérée comme une complication, un élément surajouté : c'est donc de lui qu'il faut se débarrasser d'abord, pour attaquer ensuite plus vivement le fond même de la dermatose.

Les mêmes réflexions s'appliquent de point en point au psoriasis : « Le psoriasis peut être prurigineux. Mais tous les psoriasis prurigineux ne sont pas inflammatoires. Pour savoir quels sont les topiques qui leur conviennent, on peut se baser sur les résultats fournis par le grattage méthodique. On distingue ainsi des formes tolérantes et des formes non tolérantes. Dans les premières, après l'enlèvement des squames et de la dernière pellicule, la curette met à nu un derme sec. Dans les secondes, au contraire, à la surface du derme on voit sourdre de fines

gouttelettes d'exosérose. De tels psoriasis mal traités aboutissent facilement aux *grandes erythrodermies*, et là encore nous conseillons une extrême prudence dans le choix des pommades. Si un psoriasis est le point de départ d'une érythrodermie généralisée, c'est le plus souvent à cause d'une faute de thérapeutique (1). »

Ces fautes de thérapeutique, grosses de conséquences fâcheuses, peuvent être évitées si l'on prend l'habitude de pratiquer systématiquement le grattage méthodique du psoriasis et des états psoriasiformes et de constater, de la façon la plus simple, si l'on a affaire à une forme sèche ou à une forme exosérotique. Dans le premier cas, la hardiesse thérapeutique est de mise, dans le second elle est dangereuse.

§ 3. — **Purpura**.

Le purpura traumatique provoqué par la curette est un phénomène banal que l'on retrouve dans tous les éléments éruptifs. Mais il se montre suivant les cas avec des caractères très différents que nous devons indiquer.

La première chose à noter est la *date de son apparition*. Le minuscule point purpurique qui marque le début du phénomène se produit tantôt dès le 5e ou 6e coup de curette, tantôt beaucoup plus tard, vers le 50e ou le 100e. Il est essentiel, nous l'avons dit, d'explorer la peau saine de la région voisine et de comparer la

(1) Brocq, Aperçu sur le traitement des diverses formes de psoriasis (Conférence faite à l'hôpital St-Louis, recueillie et rédigée par A. Fage). *Le Progrès médical*, 14 déc. 1907.

résistance de la peau saine et de la peau malade. Il y a là un élément d'appréciation, le chiffre indiquant le nombre de coups de curette nécessaire pour provoquer le purpura à la surface de l'élément éruptif n'ayant pas de valeur absolue, mais seulement une valeur relative par rapport au nombre de coups de curette nécessaire à la production du purpura en peau saine.

Une fois le premier point purpurique apparu, si on continue le grattage, des modifications ont lieu au niveau de ce premier point et en outre de *nouveaux points* apparaissent. Tantôt le point purpurique primitif et les points secondaires restent *fins*, *punctiformes* et comme, dans ces cas, le nombre de ces derniers augmente à mesure que l'on continue le grattage, ils arrivent à cribler littéralement la surface explorée, mais sans que l'on constate de tendance à la confluence des points purpuriques. Tantôt, au contraire, le point primitif augmente de surface, devient *gros*, *irrégulier de contour ;* les nouveaux points qui se forment ne sont pas aussi nombreux que dans le cas précédent et ils deviennent également gros et irréguliers ; augmentant sans cesse, ils finissent par *confluer par leurs bords* et par former une tache purpurique qui peut couvrir toute la surface grattée, dans les faits extrêmes.

Dans certains cas, si l'on cesse le grattage alors que le purpura a déjà apparu, on constate que, malgré l'absence de traumatisme nouveau, le purpura augmente très nettement. Ce purpura que nous désignons sous le nom de « *purpura progressif* » est très particulier et il nous a semblé qu'il était spécial à la syphilis.

Les points purpuriques se forment quelquefois sans

ordre sur toute l'étendue de l'élément éruptif. D'autres fois, au contraire, ils se systématisent toujours au même endroit, le plus souvent à la périphérie de l'élément. Nous verrons quel parti on peut tirer, pour le diagnostic, de ces localisations électives ou au contraire indifférentes.

Une fois le purpura apparu, si l'on continue le grattage, on finit par provoquer l'apparition d'une véritable hémorrhagie. Le temps nécessaire pour transformer le purpura en hémorrhagie devient également un élément d'appréciation séméiologique.

Comment expliquer ce purpura ? A priori on pouvait penser qu'il correspondait à des dilatations ou même à des hémorrhagies capillaires dermiques et vues par transparence à travers l'épiderme plus ou moins aminci. Ces hypothèses ont été vérifiées par les examens biopsiques que nous avons pu pratiquer au niveau d'éléments éruptifs divers ayant donné du purpura par le grattage. On trouvera plus loin le détail des coupes histologiques et deux figures (pages 72 et suiv.). Nous nous contenterons de résumer ici les résultats que nous avons obtenus.

Le mécanisme histologique du purpura correspond à trois ordres de faits différents. Son mode de production le plus fréquent est dû à la formation de *foyers hémorrhagiques intra-dermiques superficiels*. C'est en particulier ce qui s'observe dans la syphilis. Nous avons observé dans une papule syphilitique caractéristique immédiatement au-dessous du corps muqueux et au voisinage de vaisseaux dilatés de petites hémorrhagies dissociant les fibres conjonctives et formant de petits amas de globules rouges extravasés. Cette formation nous explique

l'apparition progressive et l'accroissement du volume et la confluence des taches purpuriques dans cette affection.

Dans d'autres cas l'apparition du purpura ne peut s'expliquer que par la présence de *capillaires dilatés, gorgés de globules rouges*, situés presqu'au contact d'un épiderme aminci et vus par transparence à travers celui-ci. Cet aspect correspond à ce que nous avons observé dans le purpura produit en peau saine qui ne survient que si tardivement. Il ne s'agit ici que d'une lésion purement mécanique et non pathologique, le grattage provoquant toujours, partout où il est exercé pendant un temps suffisant, de la congestion vasculaire, et l'usure de l'épiderme étant manifeste à la suite de nombreux coups de curette nécessaires à l'apparition du purpura. On ne doit donc tenir compte au point de vue séméiologique, que du purpura provoqué assez rapidement.

Un troisième mode de production des taches purpuriques est représenté par la formation de *pseudo-vésicules remplies de sérosité et de globules rouges,* sur l'interprétation desquelles nous allons revenir, cette formation ne représentant souvent qu'un stade transitoire vers l'hémorragie.

En résumé, *le purpura est surtout la traduction d'une lésion dermique*. Il est lié en général à l'existence de foyers d'infiltration et de lésions vasculaires dont le type le plus complet est représenté par la syphilis. On entrevoit déjà par ce fait sa signification clinique. On ne doit pourtant pas se borner à noter l'apparition du purpura mais à constater la facilité plus ou moins grande avec laquelle il se produit, son étendue, sa forme, sa tendance progressive, etc. C'est ainsi qu'à côté du gros pur-

pura facile, progressif et confluent de la syphilis, on pourra observer dans les érythèmes un piqueté purpurique fin et criblant. Nous allons revenir sur ces variétés d'aspect.

§ 4. — Hémorrhagie.

L'hémorrhagie produite par le grattage est moins polymorphe que le purpura. Elle offre pourtant des aspects assez différents suivant le cas.

Dans une première série de faits, les plus nombreux, elle ne se montre que bien après l'apparition du purpura. Le type de cette série est représenté par l'hémorrhagie qui se produit en peau saine ou, au point de vue pathologique, par l'hémorrhagie qui se produit à la surface des syphilides cutanées grattées avec trop de persévérance. Cette hémorrhagie secondaire n'a pour ainsi dire aucune importance séméiologique : elle est simplement due à une excoriation des téguments par un traumatisme violent. Elle est le plus souvent assez abondante, le sang s'échappant irrégulièrement d'une véritable fissure ou encore en nappe. Dans quelques cas elle est plus régulièrement disposée : elle apparaît sous forme d'une très grosse goutte. Nous verrons comment il faut expliquer les deux aspects différents de cette hémorrhagie que nous nommons *secondaire*.

Une seconde catégorie est constituée par les faits dans lesquels l'hémorrhagie apparaît avant le purpura ou presque tout de suite après lui, quelques coups de curette séparant leur apparition. L'hémorrhagie est alors le plus souvent punctiforme : la rosée sanglante du

psoriasis en réalise le type, avec sa série de gouttelettes de sang pur sourdant presque en même temps sur presque toute la surface de l'élément gratté. D'autres fois les gouttelettes sont moins abondantes, plus petites, etc.

Il faut noter l'aspect de la surface sur laquelle apparaît l'hémorrhagie, aspect tantôt irrégulier, tantôt gardant les caractères de la surface voisine non grattée, tantôt rouge, lisse, luisante.

Nous avons dit que l'hémorrhagie se produisait quelquefois presque aussitôt après le purpura. Quand l'intervalle qui sépare ces deux phénomènes est très court, il faut, croyons-nous, considérer l'hémorrhagie comme primitive et attribuer le purpura passager à la progression du sang à travers l'épiderme à la surface duquel il va bientôt sourdre, produisant l'hémorrhagie.

En somme, l'hémorrhagie produite par le grattage, tantôt se montre sous forme d'un fin piqueté, tantôt se fait en nappes assez larges. Cet aspect clinique correspond à deux processus histologiques différents.

Le premier type qui caractérise l'hémorrhagie psoriasique répond aux lésions suivantes : la curette use la couche cornée parakératosique plus ou moins vite suivant l'épaisseur des squames, elle arrive ensuite sur les dernières assises de cette couche qui, peu adhérentes à la surface du corps muqueux par suite de l'absence de granuleuse, se soulèvent en masse, produisant le signe de Duncan-Buckley. Au-dessous, le corps muqueux résiste peu et la curette passe sur les extrémités papillaires dont les vaisseaux décapités saignent, formant autant de foyers punctiformes d'hémorrhagie. Tous ces

détails sont faciles à suivre sur nos coupes où l'on voit très nettement les capillaires venir s'ouvrir à la surface du derme mis à nu.

L'hémorrhagie en nappe, que l'on rencontre surtout dans la syphilis en insistant et dans la dermatose figurée médio-thoracique, est produite par la rupture à la surface de l'épiderme des formations vésiculaires hématiques que nous avons signalées à plusieurs reprises dans l'épaisseur de l'épiderme.

Nous pouvons conclure de ces constatations histologiques que l'*hémorrhagie traduit surtout une fragilité épidermique*, alors que le purpura correspond à des altérations dermiques. L'hémorrhagie se produit d'autant plus facilement que l'épiderme est plus rapidement abrasé ou qu'il se laisse plus facilement infiltrer par les globules rouges extravasés.

A la rigueur les divers processus histologiques provoqués par le grattage méthodique et qui aboutissent à la formation soit du purpura, soit de l'hémorrhagie, pouvaient être prévus d'après ce que nous savons de l'anatomie normale et pathologique de la peau d'une part, et des phénomènes observés d'autre part. Une seule lésion nous a surpris et nous avons cru d'abord à un artifice de préparation, mais la constance avec laquelle nous l'avons retrouvée ne nous permet pas de proposer cette explication : c'est l'existence de *formations vésiculaires remplies de sérosité et de globules rouges siégeant dans l'épaisseur même de l'épiderme.*

Tantôt ces pseudo-vésicules siègent entre la couche cornée parakératosique et le corps muqueux. La couche cornée est décollée sur un espace assez considérable

grâce à l'absence de granuleuse, circonstance qui diminue l'adhérence de la couche cornée au corps muqueux. Cette disposition existe surtout dans le psoriasis.

Tantôt ces formations vésiculeuses occupent l'épaisseur même du corps de Malpighi. Leur toit est formé par les couches supérieures de ce corps muqueux, leur plancher par 2 ou 3 assises de cellules, quelquefois même par la basale seule. Le contenu est le même : sérosité et globules rouges. La lecture des coupes en série permet d'ailleurs parfois de retrouver le vaisseau dermique sous-jacent qui vient remplir la vésicule. Ce clivage intra-malpighien est favorisé, semble-t-il, par l'exosérose abondante et par la quantité d'altérations cavitaires déjà existantes dans les dermatoses où le grattage provoque la production de ces pseudo-vésicules, par exemple la dermatose figurée médio-thoracique.

Ce phénomène anatomique se traduit en clinique tantôt par du purpura, tantôt par de l'hémorrhagie. On conçoit d'ailleurs que le purpura soit toujours le premier en date. Cependant il est toujours passager, quelquefois si passager qu'il passe inaperçu. Dans le psoriasis en particulier, le purpura est dû à ces formations vésiculeuses et l'on sait que, presque toujours en clinique, il est impossible de le voir. Quand la curette entame le toit de ces vésicules, on comprend qu'il se produise une hémorrhagie assez importante, plus abondante que les hémorrhagies punctiformes par abrasion papillaire.

CHAPITRE VI

APPLICATION AU DIAGNOSTIC DE QUELQUES DERMATOSES DE LA CONSTATATION DU PURPURA OU DE L'HÉMORRHAGIE PROVOQUÉS PAR LE GRATTAGE MÉTHODIQUE.

Les renseignements que donne la constatation du purpura et de l'hémorrhagie traumatiques sont surtout précieux dans le diagnostic des dermatoses rouges et squameuses. Ce sont surtout ces dernières dermatoses que nous aurons en vue dans ce travail, mais nous dirons aussi les résultats que nous avons obtenus dans le diagnostic des syphilides psoriasiformes, du lichen plan érythémateux et des lichénifactions, du lupus.

Tout en nous occupant plus spécialement dans ce chapitre du purpura et de l'hémorrhagie, nous serons obligés de rappeler brièvement les éléments de diagnostic tirés de l'aspect spécial des squames, ou de l'exosérose, mais seulement en tant que ces éléments seront fournis par le grattage méthodique.

Nous devons dire, avant de commencer cette étude qui est en quelque sorte l'utilisation pratique de la première partie de notre travail, qu' « on ne doit pas s'attendre à trouver les résultats que nous allons mentionner sur tous les éléments éruptifs qui existent à un même moment

chez un sujet donné. Il en est des signes fournis par le grattage comme des autres signes objectifs ; ils sont surtout perceptibles sur les éléments jeunes non adultérés par les frottements, les traumatismes, les médications locales, etc... En outre on devra les rechercher au niveau des régions où la peau est fine et souple, par exemple sur les régions antérieures des avant-bras et des bras, la face interne des cuisses, etc... » (1)

§ 1. — **Pityriasis rosé de Gibert.**

Le grattage méthodique provoque au niveau d'un médaillon de pityriasis rosé typique une série de phénomènes assez particuliers, mais non absolument caractéristiques. La curette détache d'abord une série de « squames fines, blanchâtres, sèches, non stratifiées, qui ne donnent jamais la franche impression de la tache de bougie. » Au dessous de ces squames, il n'existe pas de dernière pellicule comparable à celle du psoriasis. Cette desquamation, légère mais constante, est surtout marquée sur les bords. Au centre, la lésion est presque purement érythémateuse.

En continuant le grattage, le purpura apparaît, le plus souvent avant que les squames n'aient été complètement enlevées. Ce purpura a un aspect très spécial. Il apparaît très vite sur les bords. Ces deux notions de *précocité* et de *localisation* sont très importantes pour le diagnostic. D'après une moyenne faite d'après 11 cas de

(1) Brocq, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 5, mai 1907, p. 314.

pityriasis rosé de Gibert, nous pouvons dire que le purpura apparaît dès le 25e coup de curette (20e, 25e, 35e, 20e, 30e, 20e, 15e, 30e, 40e, 27e, 18e). Déjà, à ce moment, le purpura est déjà multiple. En tout cas il le devient rapidement et au bout de 40 ou 50 coups de curette il forme une série de *points fins qui criblent la bordure de l'élément circiné.* Même en continuant le grattage, ces points n'arrivent pas à confluer et ils n'envahissent le centre de l'élément que vers le 110e ou 120e coup de curette. A peu près en même temps que le purpura apparaît au centre, la curette arrive à provoquer une légère hémorrhagie sur le bord. Dans certains cas, le purpura est tellement facile que le frottement des vêtements suffit à le faire naître.

« Assez souvent on trouve au-dessous des squames un derme légèrement humide qui présente de fines dépressions punctiformes arrondies ou ovalaires, au niveau desquelles il semble qu'il y ait un peu de sérosité et qui donnent l'impression de correspondre à de petites vésicules intra-épidermiques. »

Ces diverses constatations cliniques sont parfaitement bien expliquées par l'anatomie pathologique du pityriasis rosé de Gibert. Il résulte des recherches de Sabouraud, de Darier, d'Unna, d'Oro et Mosca, d'Hoffmann, que les lésions occupent à la fois le derme et l'épiderme.

Les lésions dermiques sont les premières en date et elles sont assez marquées pour que M. Thibierge, dans son article de la *Pratique dermatologique*, puisse dire qu'elles sont plus considérables que ne pourrait le laisser supposer l'examen clinique. Grâce au grattage méthodique, nous pouvions, sans le secours de la biopsie,

prévoir ces lésions qui consistent « en une dilatation du réseau vasculaire superficiel, une infiltration cellulaire périvasculaire plus ou moins considérable dans le corps papillaire et dans la couche sous-papillaire du derme et un œdème de la couche supérieure (1). »

Quand à l'exosérose punctiforme, elle est dûe à ce fait que, dans les éléments anciens, l'œdème malpighien peut aboutir à une véritable transformation spongoïde.

Remarquons, et cela pour édifier plus tard notre conclusion principale, que dans le pityriasis rosé de Gibert, les lésions histologiques sont celles que nous faisaient déjà prévoir les résultats du grattage méthodique.

Il est un autre point sur lequel nous devons attirer l'attention et dont nous avons déjà parlé : c'est la diminution de résistance de la peau saine. C'est, jusqu'ici, la seule affection cutanée dans laquelle toute la peau, même saine en apparence, ait donné du purpura facile. D'après nos moyennes, le purpura, minuscule il est vrai, apparaît au 55e coup de curette sur la peau voisine des éléments éruptifs, au 57e coup sur la peau saine de la région du pli du coude. Cette constatation nous semble importante et capable d'apporter un élément de diagnostic dans les cas douteux. En particulier, la résistance de la peau saine des syphilitiques nous a paru normale à toutes les périodes. Cette diminution de la résistance de la peau saine dans le pityriasis rosé de Gibert semble indiquer que cette dermatose doit être rangée parmi les exanthèmes.

(1) Thibierge. Pityriasis. *Loc. cit.*

§ 2. — Dermatose figurée médio-thoracique (eczéma flanellaire, pityriasis-stéatoïde, etc.

Il existe trois formes de cette affection : 1° une forme qui se rapproche singulièrement comme aspect du psoriasis ; 2° une forme vulgaire ou banale ; 3° une forme péripilaire. Voici ce qu'écrivait M. Brocq en 1907 (1).

« Quand on traite méthodiquement par la curette les éléments éruptifs des variétés psoriasiformes, on constate que les squames qui les recouvrent sont peu épaisses, peu adhérentes, molles, qu'elles ne prennent que peu ou point l'aspect nacré. La région périphérique en activité, légèrement saillante, des plaques éruptives, se parsème avec facilité sous l'action de la curette de petites hémorrhagies punctiformes donnant sur le papier blanc la tache sanglante : ces hémorrhagies semblent se produire dans cette affection avec beaucoup plus de rapidité et d'intensité que dans le psoriasis vrai.

« Par contre, on ne peut arriver à décoller par lambeaux appréciables une dernière fine pellicule et on ne peut obtenir de surface rouge, lisse et luisante comme dans le psoriasis. Le grattage méthodique provoque aussi presque toujours l'apparition d'un peu de purpura minuscule ; mais ce qui domine bien évidemment dans cette forme objective c'est la facilité avec laquelle la périphérie des plaques se couvre de petites hémorrhagies.

« Dans les formes vulgaires ou banales caractérisées par les fines circinations à périphérie bien limitée et

(1) Brocq. Note préliminaire sur l'importance du grattage à la curette pour le diagnostic de certaines dermatoses. *Loc. cit.*, p. 318.

légèrement saillante que connaissent bien tous les dermatologistes, le grattage extrêmement superficiel détache quelques squames molles, un peu croûtelleuses par places, et provoque tout d'abord avec facilité l'apparition d'un fin purpura localisé au niveau même de l'extrême bordure. En même temps, si l'on applique du papier buvard blanc sur la surface ainsi grattée, on recueille presque toujours quelques fines gouttelettes de sérosité qui semblent provenir de vésicules épidermiques déchirées. Si l'on insiste un peu avec la curette, on provoque rapidement l'apparition de petites hémorrhagies assez abondantes. Ainsi donc dans cette forme, ce qui domine comme caractères c'est, quand on procède avec beaucoup de précaution, l'apparition d'un fin purpura localisé à la partie active périphérique des circinations, celle de gouttelettes de sérosité, enfin celle de petites hémorrhagies.

« Dans les formes péripilaires, il semble que le grattage donne des résultats presque analogues à ceux que nous venons de signaler dans les formes vulgaires, mais ce point particulier demande à être repris avec soin. »

Nous avons peu de chose à ajouter à la description de notre maître, sinon que le résultat du grattage dans les formes péripilaires est tel qu'il le prévoyait. Nous attirerons seulement l'attention sur ce fait que les hémorrhagies se montrent tantôt avant le purpura, tantôt après lui, mais toujours, dans ce dernier cas, très peu de temps après lui. Nous avons déjà donné notre manière d'expliquer ce phénomène. En outre, les hémorrhagies sont très souvent plus abondantes que celles du psoriasis. Elles se font sous forme de gouttelettes assez grosses et

non distribuées assez régulièrement comme dans la rosée sanglante psoriasique.

Dans les cas que nous avons explorés, le début de l'hémorrhagie avait lieu, en moyenne, au 17e coup de curette, précédé, dans quelques cas, de l'apparition d'un fin point purpurique vers le 10e ; les phénomènes sont toujours plus précoces et plus marqués en bordure des éléments éruptifs. La peau saine présentait une résistance à peu près normale.

Dans le but de nous rendre compte des désordres histologiques provoqués par la curette dans la dermatose figurée, nous avons pratiqué une biopsie dont voici la description.

Obs. — M. G..., 41 ans. Petites plaques de la dimension d'une pièce de 0 fr. 20, légèrement circinées ; centre bistre ; à la périphérie, éléments nettement péripilaires, siège présternal.

Grattage : 2 points hémorrhagiques, petits, vers le 20e coup. Deux nouveaux points au 30e sans purpura préalable visible. Ces points sont vers la périphérie de l'élément.

La biopsie porte sur le rebord de l'élément gratté. Au point de vue histologique, les lésions sont purement épidermiques, mais elles sont importantes et nombreuses. Elles se ramènent toutes en somme à la formation de pseudo-vésicules intra-malpighiennes produites par déchirement. D'une façon générale le corps muqueux présente un degré d'imbibition séreuse, d'exosérose prononcée. L'altération cavitaire des cellules et l'œdème intercellulaire sont assez marqués sur quatre points ; on trouve plutôt vers la partie profonde du corps muqueux que vers sa partie superficielle des sortes de cavités irrégulières dont l'une affecte une forme en coupole, tandis que les autres ont leur grand axe allongé parallèlement à la surface de l'épiderme. Leur toit est formé par trois ou quatre assises de cellules malpighiennes, leur plancher, tantôt par une ou deux couches de cellules, tantôt par la basale seulement. L'origine traumatique de

ces formations cavitaires est rendue particulièrement évidente par ce fait que des lambeaux épidermiques déchiquetés pendent souvent de la face inférieure du toit et flottent dans la cavité. Le contenu de celles-ci est représenté par de la sérosité et des globules rouges. Il paraît certain que leur formation est due au tiraillement produit par la curette dans un épiderme rendu friable par une exosérose abondante.

Le purpura, très petit d'ailleurs, et l'hémorrhagie se ramènent ici à des lésions purement épidermiques d'un aspect très particulier et que l'on voit bien sur nos coupes. On conçoit que le purpura soit le premier en date, mais aussi qu'il soit très passager, la curette ne tardant pas à ouvrir ces lacs intra-épidermiques et à provoquer une hémorrhagie dont nous avons indiqué les caractères.

Les phénomènes observés par le grattage traduisent les lésions histologiques. Nous allons tâcher de le démontrer en nous rapportant à la description de Sabouraud (1). Nous devons dire d'abord que cet auteur a l'habitude d'explorer par le grattage son pityriasis stéatoïde et qu'il a écrit que « sous la squame-croûte avulsée on voit non pas une exsudation vraie, mais une moiteur que le raclage de la peau, légèrement rosée d'ailleurs, met en évidence et exagère, etc. »

M. Sabouraud a merveilleusement décrit les lésions histologiques de son pityriasis stéatoïde (*loc. cit.*), et il a démontré que la lésion élémentaire de cette dermatose est une vésicule. Or, nous avons vu que le grattage méthodique décèle cette vésiculation, alors même que la

(1) Sabouraud, *Les maladies desquamatives. Pityriasis et alopécies pelliculaires.* Paris, Masson et Cie, édit., 1904, p. 353 et s.

lésion paraît absolument sèche, surtout si l'on veut bien s'aider d'un compresseur de verre et d'une feuille de papier de soie.

La situation à la face inférieure de l'épiderme corné de ces vésicules est également démontrée par le petit nombre de coups de curette nécessaires à la production de l'exosérose.

Le grattage montre aussi la structure de la squame, car nous savons que cet aspect gras est dû à de véritables *blocs séreux*, mêlés de leucocytes et de débris épidermiques (Sabouraud, *loc. cit.*).

A quelles lésions faut-il maintenant attribuer la facilité avec laquelle l'hémorrhagie se produit ? Si on veut bien se reporter plus haut, on verra que l'hémorrhagie facile traduit une fragilité spéciale de l'*épiderme*. Or, ces lésions épidermiques sont très accusées dans la dermatose figurée, nous venons de le voir ; elles sont même tellement prédominantes sur les lésions dermiques que M. Sabouraud ne parle même pas de ces dernières dans son ouvrage.

Nous pouvons pousser plus loin encore, nous semble-t-il, l'analyse histologique de la lésion par *le seul secours de la curette*. Comment, en effet, se produit l'hémorrhagie traumatique ? Elle ne se fait pas sur une surface rouge, lisse, luisante, dermique en un mot. Le sang apparaît avant que le derme soit mis à nu : il s'agit donc d'une hémorrhagie intra-épidermique secondairement ouverte à l'extérieur. En outre, cette hémorrhagie est faite de points assez gros et distribués irrégulièrement, quelquefois peu nombreux. Ce n'est pas là le fait d'une hémorrhagie par abrasion papillaire.

En se basant sur les résultats biopsiques que nous avons rapportés, on peut donc, *sans pratiquer de biopsie, par le grattage méthodique seul*, décrire à peu près exactement les lésions de la dermatose figurée médio-thoracique : squames grasses, donc : existence de blocs séreux, emprisonnant des leucocytes et des débris cornés ; exosérose par points disséminés, donc : vésiculation ; hémorrhagie précoce se produisant avant l'usure totale de l'épiderme, et sous forme de points relativement assez considérables, irréguliers de forme et de distribution, peu nombreux, donc : lésions épidermiques très accentuées ayant permis la dissociation de cellules malpighiennes par le sang extravasé ; peu de purpura : donc peu de lésions dermiques.

§ 3. — **Psoriasis.**

Lorsque l'on gratte méthodiquement un élément éruptif adulte qui présente l'aspect que l'on est convenu de regarder comme pathognomonique du psoriasis typique, on constate dans l'immense majorité des cas, mais non pas cependant d'une façon constante, les phénomènes suivants.

La curette enlève d'abord les squames, tantôt facilement, tantôt avec une certaine difficulté mettant en évidence leur apparence nacrée, micacée, leur structure stratifiée. Au dessous de ces squames se trouve une surface lisse, mais non luisante et plutôt rosée que rouge. Le nombre de coups de curette nécessaires pour enlever la totalité des squames est extrêmement variable. Il dépend

de leur épaisseur, de l'ancienneté du psoriasis, etc. Il ne faut faire, croyons-nous, aucun fonds sur la résistance des squames à la curette. Les phénomènes qui se produisent, si l'on continue l'exploration, sont beaucoup plus importants. Si l'on gratte doucement la surface lisse, mais mate, sous-squameuse, on parvient à détacher d'elle une sorte de fine pellicule qui se décolle par lambeaux relativement assez considérables, de un à plusieurs millimètres d'étendue. Au dessous d'elle le derme apparaît rouge, lisse et luisant. Tantôt, le plus souvent, dès que la dernière pellicule est enlevée, cette surface se couvre d'un fin pointillé hémorrhagique, tantôt il faut encore donner quelques coups de curette très superficiels pour faire apparaître la rosée sanglante. A partir de ce moment, et *après l'hémorrhagie*, il peut se produire du purpura qui n'a plus alors, à cause de la date de sa production, aucune signification. Assez souvent, avant que l'hémorrhagie se produise, une feuille de papier de soie appliquée à la surface de l'élément gratté, se couvre d'un peu de sérosité. Nous avons déjà parlé de ce phénomène (page 46). Nous n'y reviendrons pas. Mais il faut que nous attirions l'attention sur ce fait, que dans quelques cas, le purpura peut se produire avant l'hémorrhagie ou même en dehors de toute hémorrhagie.

Cette anomalie se trouve dans deux circonstances : quand le psoriasis est jeune et quand il évolue chez un malade à système vasculaire fragile. On peut trouver chez le même malade au niveau des éléments tout jeunes le purpura premier et l'exosérose, sans cuticule décollable, tandis que sur les éléments voisins un peu plus vieux on trouve de l'hémorrhagie facile avec une cuticule

décollable douteuse ; sur d'autres, arrivés presque à l'état adulte, on trouve la cuticule décollable et le fin piqueté hémorrhagique.

Le psoriasis qui évolue chez les artério-scléreux, ou sur les membres inférieurs des malades atteints de varices peut présenter au grattage du purpura avant l'hémorrhagie. Nous avons observé un bel exemple du premier cas (fig. 2).

Ce purpura reste toujours fin, punctiforme, non progressif, non confluent et il n'apparaît jamais avant que les squames aient été enlevées en totalité. Nous verrons combien les caractères de ce purpura sont différents de ceux du purpura que l'on observe dans les syphilides psoriasiformes.

Malgré de rares exceptions, « il faut considérer comme une règle presque absolue que dans le psoriasis typique du tronc et des membres supérieurs, on n'observe jamais de purpura par le grattage méthodique à la curette avant que les squames nacrées ne soient complètement enlevées ; en outre, dans l'immense majorité des cas, l'apparition de l'hémorrhagie précède celle du purpura (1). »

Nous avons recherché quels désordres histologiques provoquait le grattage méthodique au niveau de divers éléments de psoriasis, ayant donné les uns de l'hémorrhagie, les autres du purpura (2).

Obs. — M. S..., 61 ans. Psoriasis en goutte typique. Le grattage détache une série de squames blanches, fines en taches de bougie,

(1) L. Brocq, Diagnostic du psoriasis et des syphilides psoriasiformes. *Bull. méd.*, 25 mars 1908.

(2) Pautrier et Cl. Simon, *Ann. de dermat. et de syphiligr.*, mars 1908.

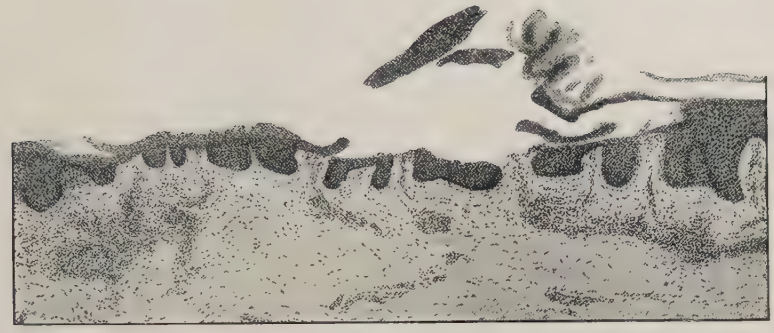


Fig. 1. — Psoriasis gratté et donnant de l'hémorrhagie. On aperçoit sur les deux côtés de cette figure le corps muqueux hyperacantosique qui n'a pas été gratté. La partie centrale, déprimée et déchirée, correspond au passage de la curette. Un lambeau de couche cornée parakératosique flotte au-dessus de deux papilles mises à nu par le grattage et au niveau desquelles se font deux petits points hémorrhagiques.

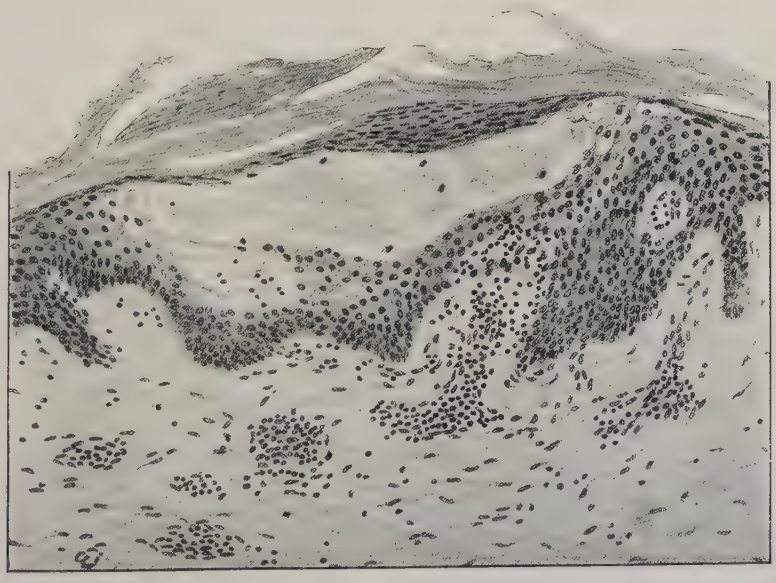


Fig. 2. — Psoriasis gratté donnant du purpura. On constate ici en plein épiderme l'existence d'une formation cavitaire formée par clivage entre la couche cornée parakératosique et le corps muqueux sous-jacent. Cette vésicule superficielle contenant de la sérosité et des globules rouges correspond aux points de purpura constatés cliniquement.

G. Steinheil, éditeur.

puis une fine pellicule qui s'enlève par lambeaux, et au-dessous de laquelle on trouve une surface rouge, lisse, luisante, parsemée d'un fin piqueté hémorrhagique.

Cependant, sur certains éléments, après ablation des squames, le premier phénomène qui paraît est le purpura. Ce fait anormal fait penser qu'il peut exister une fragilité particulière des vaisseaux. L'examen complet du malade montre un degré assez avancé d'artério-sclérose généralisée et un souffle systolique à la base.

Trois biopsies ont pu être pratiquées chez ce malade :

Première biopsie, portant sur un élément de la grosseur d'une tête d'épingle blanche, sur la face antérieure de l'avant-bras ; ce petit élément est arrondi, rouge, recouvert d'un enduit squameux peu adhérent, feuilleté. Il est enlevé intact.

L'examen histologique confirme le diagnostic de psoriasis vrai. On retrouve en effet la lésion histologique élémentaire de cette dermatose, le minuscule micro-abcès amicrobien, logé au milieu de la couche cornée parakératosique, l'hyperacanthose du corps muqueux sous-jacent, enfin l'infiltration leucocytaire périvasculaire dermique peu prononcée.

Deuxième biopsie. — Élément analogue au premier, siégeant sur la face externe de l'avant-bras, mais *curetté* légèrement, et ayant donné au grattage des squames friables, le décollement d'une dernière pellicule épidermique se soulevant d'un seul tenant, la mise à nu d'une *surface rouge, lisse et luisante, à la surface de laquelle apparaissent trois petits points de piqueté hémorrhagique franc et un peu d'exosérose.*

L'examen microscopique révèle les lésions suivantes : la curette a respecté le bord de l'élément psoriasique ; on retrouve, à l'extrémité de la préparation, la squame parakératosique avec un micro-abcès et l'hyperacanthose sous-jacente. Mais, sur le milieu des coupes, bien que le grattage ait été fait très méthodiquement et très doucement, on s'aperçoit qu'il a causé des lésions mécaniques assez considérables. Le corps muqueux, nettement hyperacanthosique des des deux côtés, s'amincit peu à peu au milieu, sur le passage de la curette, il est usé, réduit par places à deux ou trois assises de cellules seulement, cellules qui sont déformées, tassées, désaxées ;

il est même déchiré par places, présentant des solutions de continuité au niveau desquelles le derme est mis à nu. Au niveau d'une de ces minuscules déchirures on voit un capillaire sanguin, entouré de son manchon d'infiltration, qui vient directement s'ouvrir à la surface de l'érosion ; il s'agit, sans aucun doute, du capillaire central d'une papille dont le revêtement épidermique a été enlevé. Cette figure explique très nettement l'existence d'un point hémorrhagique (fig. 1).

Troisième biopsie. — Élément squameux siégeant à la face postérieure de l'avant-bras ; l'enduit squameux se détache difficilement à la curette : on n'obtient pas de piqueté hémorrhagique ni d'exosérose, mais *deux points de purpura* visibles sous la lame du compresseur.

Le microscope révèle ici un aspect tout spécial : contrairement à notre attente, et malgré l'examen de la totalité des coupes faites en série, nous ne trouvons aucun purpura dermique, mais par contre nous constatons l'existence, en plein corps muqueux, d'une formation cavitaire particulière. Son toit est représenté par la couche cornée épaissie et parakératosique, qui passe comme un pont au-dessus d'elle, sans solution de continuité ; son plancher est formé par plusieurs assises de cellules malpighiennes et par la basale sous-jacente ; ses parois latérales correspondent aux cellules du corps muqueux qui se continue à droite et à gauche. Un grand nombre de cellules malpighiennes, soit au niveau du plancher, soit au niveau des bords, présentent au plus haut point l'altération cavitaire de Leloir ; elles sont transformées pour leur propre compte en minuscules vésicules claires, contenant un noyau pycnotique, manifestement leur paroi ne va pas tarder à se rompre et elles vont se fusionner avec la grande vésicule (fig. 2).

Celle-ci a son grand axe allongé transversalement. Son siège superficiel entre la couche cornée parakératosique et le corps muqueux sous-jacent, indique qu'elle s'est formée par clivage entre ces deux couches qui, par suite de l'absence de la granuleuse, manquent d'adhérence entre elles. Le contenu est formé par de la sérosité, quelques globules rouges, quelques leucocytes et quelques cellules malpighiennes libérées de toute attache.

Obs. — Mme Helg..., 30 ans. Première poussée de psoriasis datant de deux ans ; poussée actuelle datant de 5 mois. Plaques psoriasiques franches, rouges, sèches, squameuses, en tache de bougie. Grattage d'une tache du coude, sur son bord. On détache un enduit squameux assez adhérent. Au 12e coup de curette, on soulève une dernière pellicule épidermique, au-dessous de laquelle apparaît une surface rouge, lisse, luisante, sur laquelle sourd une goutte de sang pur.

Examen histologique. — Certaines portions de coupes, sur leurs bords, ont conservé la couche cornée parakératosique au-dessus d'un corps muqueux en hyperacanthose franche, réproduisant une figure typique de psoriasis. Mais sur la presque totalité des préparations la couche cornée parakératosique a été enlevée par le grattage, mettant à nu les couches superficielles du corps muqueux. Celles-ci sont elles-mêmes, sur certains points, déformées, tassées et aplaties par l'action de la curette. Les papilles ne sont plus recouvertes que par une cuticule malpighienne extrêmement mince. Sur deux points en particulier, on voit même cette cuticule détruite par le grattage et le capillaire central de la papille rempli de globules rouges vient affleurer librement à la surface du derme ainsi mise à nu. Dans une partie centrale des coupes, où persiste un lambeau de couche cornée parakératosique encore adhérente au corps muqueux, s'est produit entre ces deux couches une sorte de clivage délimitant une minuscule vésicule superficielle remplie de sérosité et de globules rouges. Dans la lecture des coupes en série on retrouve, sur un autre point, une formation semblable.

Les lésions anatomo-pathologiques qui caractérisent le psoriasis, expliquent les phénomènes constatés par le grattage, à tel point qu'inversement le grattage pourra donner des renseignements précis et immédiats sur la structure d'un élément psoriasique.

La dernière pellicule décollable paraît tenir à ce fait que la couche granuleuse est dépourvue d'éléidine, circonstance qui diminue l'adhérence des dernières couches cornées sur le corps muqueux.

L'hémorrhagie est due à la fragilité particulière de l'épiderme qui permet à la curette d'arriver sur les papilles et de les abraser.

Cette fragilité tient à la parakératose de la couche cornée et à l'amincissement de la couche filamenteuse au niveau des papilles, alors qu'au contraire cette couche est très épaissie dans les espaces interpapillaires. L'infiltration dermique et les altérations vasculaires sont en réalité trop peu marquées dans le psoriasis pour qu'il se produise une rupture ou une dilatation capillaire avant l'usure totale de l'épiderme, c'est-à-dire du purpura. Quand ces altérations existent, le purpura se produit, comme dans les cas que nous venons de rapporter et que nous avons fait dessiner.

§ 4. — Parapsoriasis

« Dans *le parapsoriasis en plaques* on détache tout d'abord par le grattage méthodique des squames fines, sèches, adhérentes, qui viennent sous la forme d'une fine poussière blanche : elles sont relativement peu abondantes et n'ont pas l'épaisseur de celles qui recouvrent le psoriasis typique. Après les avoir enlevées, on arrive sur une surface rosée, d'ordinaire moins rouge vif que celle du psoriasis, qui n'est pas parfaitement lisse, et on ne peut, en insistant avec la curette, soulever et décoller une dernière pellicule analogue à celle que l'on détache par lambeaux dans le psoriasis. On ne peut pas non plus obtenir avec facilité les hémorrhagies punctiformes qui s'observent si fréquemment sur la surface rouge, lisse et

luisante du psoriasis : pour arriver à faire saigner les papilles dermiques dans le parapsoriasis il faut également écorcher les téguments avec la curette. Par contre il se produit avec la plus grande facilité, à mesure que l'on passe la curette sur la plaque malade, un fin piqueté rouge punctiforme, de volume variable, presque toujours multiple et relativement serré, qui ne s'efface pas à la pression du doigt, qui ne tache nullement le papier ou le linge blanc appliqué sur la surface grattée. C'est donc du purpura traumatique. Ce purpura apparaît également dans beaucoup de cas au niveau des téguments en apparence objectivement sains qui avoisinent les plaques et que la curette a atteints ; mais il est en ces points un peu moins abondant qu'au niveau des lésions cutanées elles-mêmes. Ce purpura traumatique se produit surtout aux régions où la peau est très fine, comme le pli du coude, les régions préaxillaires, l'abdomen, etc. Dans quelques cas de ces affections la fragilité des capillaires est telle qu'il suffit de quelques coups de curette fort superficiels pour déterminer de véritables ecchymoses au niveau des éléments éruptifs.

« Les *parapsoriasis en gouttes* se divisent au point de vue objectif en deux sous-variétés. D'après nous, ils sont constitués par une éruption maculeuse ou mieux légèrement papulo-squameuse aplatie sans infiltration notable du derme, variant, comme teinte, du rose un peu bistre au rouge brunâtre suivant les localisations. Dans une première sous-variété les éléments éruptifs sont recouverts d'une squame sèche assez peu visible à l'état normal ; par le grattage méthodique elle prend un aspect blanc nacré ; elle s'effrite peu à peu sous l'action des coups de

curette, se résout en une fine poussière blanchâtre qu'on a une certaine peine à enlever, car, quoique peu épaisse, peu stratifiée, cette squame est relativement adhérente (variété à squames adhérentes), et l'on n'arrive qu'avec une certaine difficulté sur une surface rouge, un peu inégale, au niveau de laquelle le grattage fait apparaître du fin purpura ; elle est donc absolument analogue comme caractères objectifs à celle du parapsoriasis. Parfois même dans cette variété le purpura est d'une production très facile et il apparaît comme dans les syphilides psoriasiformes avant que les squames ne soient totalement enlevées. C'est cette variété que les travaux de Civatte et une observation récente de Milian semblent devoir ranger dans les tuberculides. Dans une deuxième sous-variété, la squame forme une sorte de bloc corné, aplati, mince, simulant un pain à cacheter, d'un jaune un peu brunâtre, posé sur la peau, facile à détacher d'une seule pièce par le grattage : on peut ensuite, avec la curette, enlever quelques fines squamules plus adhérentes ; puis on se trouve en présence d'une surface cutanée dont l'aspect est analogue à celui de la première sous-variété. Ici donc domine comme caractère essentiel la facilité avec laquelle le grattage méthodique produit du fin purpura au niveau des plaques éruptives et au niveau des régions voisines de peau en apparence saine (1). »

Nous n'avons malheureusement pas eu l'occasion d'observer un seul cas de parapsoriasis pendant la durée de notre internat dans le service de M. Brocq. Nous n'ajouterons donc rien à cette description, ceci pourtant :

(1) L. Brocq. *Ann. de dermatol. et de syphiligr.*, n° 5, mai 1907, p. 315 et 316

que la facilité avec laquelle se produit le purpura est expliquée par la congestion et l'œdème papillaire que Civatte a décrits dans les parapsoriasis. L'épiderme, quoique altéré, est encore assez résistant pour ne pas s'effriter d'emblée sous la curette et pour empêcher l'hémorrhagie de se produire rapidement comme dans le psoriasis.

§ 5. — **Parakératoses psoriasiformes.**

Les lésions histologiques des parakératoses psoriasiformes se rapprochent singulièrement de celles du psoriasis vrai. Pourtant, Civatte, qui a fait une étude très approfondie de ces lésions, dit que le corps papillaire, dans les parakératoses psoriasiformes, est peut-être plus œdématié et plus riche en cellules que dans le psoriasis authentique, et qu'à coup sûr les polynucléaires y sont plus nombreux. Mais la différence la plus frappante est dans la squame qui, en raison des amas leucocytaires abondants qu'elle renferme dans les parakératoses, mériterait plutôt le nom de croûtelle.

Il semble qu'ici le grattage méthodique donne des renseignements plus précis, au point de vue du diagnostic, que l'examen histologique. Les différences constatées par cette méthode entre ces deux affections sont en effet des plus importantes. Nous avons surtout en vue maintenant les *parakératoses psoriasiformes sèches*, ayant déjà eu l'occasion de parler des formes qui ont de la tendance à se vésiculiser (voy. p. 48).

Quand on gratte méthodiquement une de ces formes

sèches, on enlève progressivement des squames qui, quoique sèches et un peu nacrées, ne présentent pas cette stratification et cette abondance propres au psoriasis. L'aspect de la tache de bougie y est moins net. Au-dessous de ces squames, il est impossible de décoller par lambeaux appréciables une dernière cuticule ; à peine érafle-t-on çà et là la surface rouge en soulevant de minuscules fragments épidermiques.

Le phénomène vasculaire qui apparaît le premier est le purpura, mais un purpura fin, qui reste fin malgré les grattages répétés et dont la production est assez difficile. Il n'apparaît guère que vers le 50e coup de curette, quelquefois après (au 110e dans un cas). L'hémorrhagie ne tarde pas à survenir ; quelquefois même, mais rarement, elle se montre en même temps que le purpura. Elle est peu abondante, à moins que l'on n'écorche complètement l'élément éruptif. Le purpura traumatique est remarquablement rouge et si l'on n'avait soin de s'aider du papier de soie, on pourrait le prendre par une véritable hémorrhagie punctiforme.

« Donc, absence d'une dernière pellicule se décollant par lambeaux, beaucoup de purpura traumatique mélangé à quelques hémorrhagies, telles sont les caractéristiques fournies par le grattage de ce type morbide. On voit qu'on ne peut l'assimiler complètement au psoriasis (1). »

§ 6. — **Lupus érythémateux.**

Nous insisterons peu sur les éléments de diagnostic que fournit le grattage méthodique dans le lupus érythé-

(1) L. Brocq, *loc. cit.*, p. 317.

mateux. Le plus souvent, en effet, l'aspect objectif est caractéristique à première vue. Pourtant « il y a des cas de lupus érythémateux superficiel de la face dans lesquels le diagnostic est assez difficile, et qui peuvent être confondus avec le psoriasis et les parakératoses psoriasiformes sèches. Par le grattage méthodique on détache difficilement dans le lupus érythémateux des squames fines, sèches, adhérentes : elles peuvent s'effriter simplement en poussière ; elle peuvent se soulever en lamelles à la face profonde desquelles se voient les prolongements en forme de stalactites qui pénètrent dans les orifices dermiques : ce fait est des plus connus. Ce qui l'est moins, c'est que, si l'on continue à exercer des grattages extrêmement doux sur la surface lupique, on voit se développer des points purpuriques ; si l'on insiste, et si l'on veut enlever les squames adhérentes en y mettant une certaine force, on peut déchirer les papilles et provoquer de petites hémorrhagies. Les hémorrhagies se produisent beaucoup plus facilement dans les formes profondes, en particulier dans l'herpès crétacé de Devergie (1). »

Dans les quelques cas de lupus érythémateux que nous avons explorés par le grattage méthodique, nous avons constaté que le purpura apparaissait plus vite et plus abondamment sur les bords, dans les formes centrifuges. Ce purpura est relativement assez difficile à provoquer. La date de son apparition est variable suivant l'épaisseur des squames qui protègent les vaisseaux dermiques contre le traumatisme, d'une part, et d'autre part suivant le degré

(1) L. Brocq, *loc. cit.*, p. 321.

des lésions vasculaires. On sait que celles-ci sont considérables et constantes puisque Lenglet les fait entrer dans la définition du lupus érythémateux. Elles consistent en endo et périvascularite avec thromboses, dilatations vasculaires et quelquefois même hémorrhagie.

Le purpura traumatique une fois constitué grandit rapidement pour former une véritable tache purpurique irrégulière.

Quant aux hémorrhagies, elles s'expliquent fort bien par l'adhérence de la squame qui forme bloc sur le derme et qu'il est impossible d'enlever en totalité sans excorier les papilles. Nous avons parlé plus haut de cette squame et des prolongements filiformes que présente sa face profonde.

§ 7. — Syphilides psoriasiformes.

Le phénomène le plus important que provoque le grattage méthodique au niveau d'une papule ou d'un tubercule syphilitique est un purpura dont les caractères sont très particuliers. Nous avons principalement étudié ce purpura dans les syphilides psoriasiformes, en raison de l'intérêt que présente cette forme éruptive au point de vue du diagnostic.

Les squames des syphilides psoriasiformes présentent deux aspects bien différents. Elles sont, dans quelques cas, assez rares, faciles à enlever, mais sans jamais s'effriter comme dans le psoriasis. Dans d'autres cas, elles sont très adhérentes, très difficiles à enlever à la curette sans écorcher le derme. Aussi doit-on procéder à cette exploration avec la plus extrême douceur. Il n'est

pas exceptionnel d'arriver sur une surface rouge bistre, lisse et luisante, nettement néoplasique, sur laquelle le papier de soie révèle une exosérose assez marquée. Mais cette surface n'est pas recouverte d'une fine pellicule décollable par lambeaux de plusieurs millimètres d'étendue. Quelquefois il existe une apparence de ce phénomène en ce sens qu'une grande partie du surtout squameux s'enlève en bloc, surtout quand la lésion est squamo-croûteuse. En observant attentivement, il est impossible de confondre ce phénomène avec le signe de Duncan-Buckley et de Brocq.

Le purpura apparaît le plus souvent avant que les squames soient enlevées totalement. Dans certains cas pourtant il ne se montre qu'après l'avulsion complète des squames, mais seulement quand ces dernières sont très fines et faciles à enlever.

Le purpura apparaît d'abord sous forme d'un point fin, vers le 20e coup de curette, assez souvent avant, assez rarement après, en un point quelconque de l'élément papuleux ou tuberculeux. De nouveaux points apparaissent bientôt, augmentent de surface, se réunissent par leurs bords et arrivent à former une énorme tache purpurique à bords irréguliers couvrant presque tout l'élément, sans se localiser en un point plutôt qu'en un autre. Peut-être le purpura est-il plus marqué au centre qu'à la périphérie. Ce purpura a encore un autre caractère : il est progressif. Voici ce que nous entendons par ce terme. Quand un point purpurique est apparu en un point et que l'on cesse le grattage, on voit ce point augmenter d'étendue sans nouveau traumatisme.

Le purpura est tellement facile dans les syphilides

qu'une pression de l'index arrive parfois à le produire, fait que nous n'avons jamais constaté dans le lichen plan.

Dans certains cas, le grattage provoque une hémorrhagie, et nous devons montrer dans quelles circonstances. Quand l'hémorrhagie est très postérieure au purpura, elle est dûe à l'usure traumatique de tout l'épiderme. C'est ce qu'on voit dans le plus grand nombre de cas et il est évident que cette hémorrhagie n'a aucune valeur séméiologique. D'autres fois, l'hémorrhagie arrive très vite, tout de suite après le purpura ou même avant lui. Nous croyons pouvoir dire que cette hémorrhagie ne se produit qu'au niveau des éléments qui ont été grattés trop brutalement. Il s'agit alors le plus souvent d'un élément squamo-croûteux ou même franchement croûteux dont le surtout a été arraché en totalité, excoriant à son tour la surface du derme.

« On sait que dans les périodes avancées de la syphilis, on peut observer des éruptions psoriasiformes circinées, relativement superficielles que nous avons désignées sous le nom de quaternaires ; elles se voient surtout chez les personnes âgées ; par leur circination, par leur superficialité, elles rappellent tout à fait l'aspect des psoriasis circinés (1). » Le grattage donne encore les mêmes résultats, mais avec moins de netteté, le purpura restant fin, mais se montrant toutefois avant l'hémorrhagie.

Dans le but de nous rendre compte des lésions provoquées par le grattage au niveau d'une papule psoriasiforme nous en avons pratiqué une biopsie :

(1) L. Brocq, *Bulletin médical*, 25 mars 1908.

Obs. — M. B... *Syphilis. Papule syphilitique nette.* — Le chancre date des premiers jours de décembre. Le malade présente actuellement une éruption généralisée de papules caractéristiques.

On choisit une papule arrondie ou plutôt ovalaire, globuleuse de 5 millimètres sur 4, donnant au doigt une sensation d'infiltration très nette, de couleur rouge jambonné, présentant une fine collerette squameuse à sa périphérie. On obtient, par le grattage de cet élément, sept ou huit gros points de purpura, qui se produisent rapidement et augmentent progressivement ; ils apparaissent sur le sillon de la curette ; ils sont irréguliers, et tendent à confluer par leurs bords.

Nous négligerons, dans l'examen histologique, tout ce qui ne se rapporte pas directement à l'interprétation microscopique des lésions observées cliniquement à la suite du grattage. Notons simplement que la papule est succulente et très infiltrée, l'infiltrat ne s'arrête pas à la partie moyenne du derme : il s'étale jusqu'au corps papillaire et entre parfois directement en contact avec l'épiderme. Celui-ci, distendu de la sorte, a perdu tout prolongement interpapillaire et forme une mince bande rectiligne. A la partie centrale des coupes il a perdu sa granuleuse et présente une ébauche fruste de parakératose ; en outre, dans cette région, le corps muqueux apparaît imbibé de sérosité et de nombreuses cellules présentent l'altération cavitaire.

Or, précisément en ce point, on trouve une lésion cavitaire, une sorte de vésicule intra-épidermique ; le toit en est formé par les couches les plus superficielles du corps muqueux dont les noyaux sont aplatis, en bâtonnets et semblent représenter une couche cornée parakératosique mal formée ; le plancher est constitué uniquement par la basale, qui n'est plus parfaitement régulière, dont les cellules ne s'implantent pas parfaitement perpendiculairement sur le derme sous-jacent, et ne sont pas étroitement juxtaposées. Le contenu est formé par de la sérosité et des globules rouges.

Si on lit les coupes en série, on s'aperçoit qu'un peu plus loin cette basale a disparu, c'est-à-dire que le plancher de la vésicule s'est effondré et l'on trouve alors un petit foyer hémorrhagique qui, profondément, s'étend jusqu'au derme, dissociant des faisceaux

superficiels, et, à la superficie, n'est plus recouvert que par une minuscule lamelle épidermique.

Sur d'autres points encore, on trouve des vaisseaux dilatés, gorgés de globules rouges, venant se terminer très près de l'épiderme ; enfin on trouve également d'autres petits foyers hémorrhagiques intra-dermiques, près de vaisseaux dilatés, presque immédiatement au-dessous du corps muqueux. Il paraît donc y avoir une friabilité particulière des capillaires.

On ne constate pourtant pas d'usure sensible de l'épiderme par la curette, si ce n'est en quelques points où il paraît un peu écrasé et déformé. Cela tient à ce que, le purpura apparaissant très rapidement, le grattage est arrêté aussitôt pour ne pas produire de graves désordres mécaniques.

La facilité de production du purpura s'explique facilement par les altérations histologiques des syphilides. On sait qu'elles sont caractérisées par la vascularite, endo et périvascularite ; c'est là la lésion majeure, personnelle pour ainsi dire. Il existe en outre une infiltration cellulaire abondante composée d'un nombre considérable de plasmazellen, de quelques leucocytes et d'un certain nombre de cellules multinuclées représentant des éléments de dégénérescence. On comprend parfaitement que le plus léger traumatisme provoque des ruptures de ces vaisseaux toujours altérés ; ces ruptures forment des hémorrhagies dermiques avant que l'épiderme, en somme peu altéré, soit abrasé ; ces hémorrhagies dermiques sous un épiderme à peu près intact donnent donc lieu, cliniquement, à du purpura.

§ 8. — **Diagnostic entre le psoriasis et les syphilides psoriasiformes à l'aide du grattage méthodique.**

L'on sait quelles difficultés présente souvent le diagnostic entre les syphilides psoriasiformes et le psoriasis. Cette difficulté n'a échappé à aucun des auteurs qui ont écrit sur la dermatologie et sur la syphiligraphie. Plusieurs thèses ont été soutenues sur ce sujet (Léon Nozo, 1888 ; Légny, Bordeaux, 1887 ; Fox, *New-York Med. Journal*, 8 avril 1899). Le sujet ne nous semble pas épuisé : le grattage méthodique apporte un appoint considérable au diagnostic et, sans résoudre toutes les difficultés dans tous les cas, il peut donner, en s'aidant des signes classiques habituels, la presque certitude.

Il nous serait facile de critiquer les divers signes qui ont été donnés pour différencier le psoriasis des syphilides psoriasiformes. L'on dit souvent que dans les syphilides psoriasiformes, une partie seulement de l'élément est recouverte de squames qui forment même dans certains cas la figure connue sous le nom de collerette de Biett. Mais cette collerette « ne comporte aucun sens séméiologique, parce qu'on la rencontre sur nombre d'autres dermatoses papuleuses étrangères à la syphilis » (1). D'autre part, M. Fournier décrit une forme franchement squameuse de syphilides psoriasiformes.

La couleur cuivrée, jambonnée des syphilides, constitue un bon signe, mais elle est moins nette dans les

(1) E. Fournier, *Traité de la syphilis*, t. II, p. 302.

formes psoriasiformes où elle est d'ailleurs cachée par un surtout squameux quelquefois abondant.

Sans doute, le plus souvent, les papules syphilitiques ne fournissent pas une strie blanche au coup d'ongle et, au grattage, une tache blanche comparable à une « tache produite sur les vêtements par la chute d'une goutte de bougie. » Mais ces réflexions s'appliquent-elles à cette « papule (syphilitique) revêtue et surmontée par des croûtes blanches, absolument blanches, adhérentes, constituant une véritable carapace quasi-plâtreuse aux surfaces morbides sous-jacentes ? » M. Fournier écrit que le diagnostic en est impossible (1).

La rénittence de la papule syphilitique au toucher, donnant la sensation d'un néoplasme, d' « une lentille enchassée dans la peau, » est un excellent signe. Malheureusement il est très peu marqué dans les syphilides psoriasiformes et, d'autre part, certains psoriasis anciens peuvent donner « une sensation de léger épaississement du derme. »

Aucun dermatologiste ne se guidera uniquement sur la localisation d'un élément psoriasiforme pour porter un diagnostic ferme. Il est relativement fréquent de voir le psoriasis vrai en un point du corps, avec intégrité des coudes et des genoux, et, en outre, on n'accorde plus aujourd'hui une valeur absolue à la localisation palmaire ou plantaire pour le diagnostic de syphilis psoriasiforme, de psoriasis syphilitique, comme disaient les anciens médecins de Saint-Louis.

La chronicité de l'éruption est un excellent signe de

(1) E. Fournier, *loc. cit.*, p. 313.

psoriasis, mais l'on conçoit qu'il ne soit pas toujours possible, dans les cas récents, d'attendre trop longtemps pour faire un diagnostic ferme.

Le traitement d'épreuve donne rapidement des renseignements précis, mais n'est-ce pas là un moyen à n'employer qu'en dernier ressort ?

Il est également très important de s'informer des antécédents de syphilis ou de psoriasis que peut présenter le malade, de voir s'il n'existe pas une coïncidence d'accidents spécifiques. Mais l'on sait que le psoriasis vrai évolue assez souvent dans le courant des deux premières années de l'infection syphilitique et on ne doit pas perdre de vue qu'il peut exister des formes hybrides de syphilis et de psoriasis.

En somme, les différents signes proposés par les auteurs sont excellents dans les *cas extrêmes*, quand, il faut bien le dire, le diagnostic est facile. Dans les cas difficiles, au contraire, ils n'apportent que des renseignements de probabilité. Nous n'avons certes pas la prétention de donner, par le grattage méthodique, un signe de certitude : nous disons seulement qu'il constitue un signe nouveau de probabilité, meilleur que les autres. Mais dans aucun cas, l'on ne doit négliger aucun des signes classiques : en y ajoutant les résultats fournis par le grattage méthodique, il est possible de former un faisceau de preuves qui permettra de découvrir plus facilement le véritable diagnostic.

Après ce que nous avons dit en détail des phénomènes provoqués par le grattage méthodique sur le psoriasis et sur les syphilides psoriasiformes, il nous suffit de résumer brièvement nos résultats :

Dans le psoriasis, nous tenons en somme les caractères des *Squames* pour secondaires, bien qu'elles soient en général plus nacrées, plus stratifiées que dans les syphilides psoriasiformes ;

L'existence d'une *Cuticule sous-squameuse* est presque caractéristique du psoriasis. On ne la retrouve jamais avec la même netteté dans les syphilides psoriasiformes : il s'agit plutôt, dans ce dernier cas, d'un bloc épais de squames se détachant en masse, que d'une pellicule très fine, assez difficile à décoller ;

L'*Hémorrhagie*, sous forme de *rosée sanglante*, apparaissant avant le purpura, n'a jamais été trouvée par nous dans les syphilides psoriasiformes. Quand l'hémorrhagie se produit dans cette éruption, elle est toujours abondante, en nappe et est consécutive à une excoriation brutale de toute la surface dermique ;

Le Purpura, *précoce*, *gros*, *irrégulier*, *confluent*, *progressif* et *non systématisé*, est un argument presque péremptoire en faveur des syphilides psoriasiformes, si on hésite entre syphilide ou psoriasis. Cette dernière réserve est nécessaire, ce purpura se rencontrant au niveau des papules lépreuses ou des tubercules lupiques. Jamais nous ne l'avons trouvé dans le psoriasis. Sans doute le purpura existe dans le psoriasis, mais rarement avant l'hémorrhagie et il reste toujours petit, bien différent du purpura des syphilides psoriasiformes.

Nous allons rapporter entièrement une observation importante, car le grattage méthodique nous a permis chez la même malade de faire le départ entre les éléments psoriasiques francs et les syphilides psoriasiformes, résultat vérifié par l'examen histologique.

Obs. — Mme O... Psoriasis datant de 48 ans. Soignée dans le service de M. Brocq. En sort au commencement de janvier très améliorée. Elle rentre dans les premiers jours de février pour une éruption psoriasiforme dont l'aspect, un peu différent de celui de la première éruption, attire l'attention. Quelques éléments sont plus infiltrés, d'une couleur un peu plus jambonnée. En outre il existe une plaque muqueuse de la lèvre inférieure.

1re biopsie portant sur un élément papulo-squameux, presque pas infiltré mesurant 4 millimètres de diamètre. Coloration rose bistre. Les squames recouvrent aussi bien le centre que la périphérie de l'élément. Grattage : au 34e coup de curette un petit point de purpura. Au 45e, décollement d'une petite pellicule épidermique, exosérose assez abondante, surface rouge, lisse, luisante, piqueté hémorrhagique. Ce point se comporte donc absolument comme du psoriasis.

2e biopsie portant sur un élément papulo-squameux, faisant une saillie appréciable de couleur rouge assez vif, sans limite nette, recouvert par des squames écailleuses assez fines, infiltré au doigt. Dès le 20e coup de curette début du purpura. Plusieurs points purpuriques se montrent à la fois et augmentent progressivement de couleur et d'intensité. Au 35e coup, ils criblent la surface, tendent à confluer ; ils sont irréguliers et progressifs. Diagnostic : Syphilide.

Examen histologique. — Le microscope confirme absolument le diagnostic différentiel établi par la curette. Nous nous bornerons à signaler les éléments de ce diagnostic : dans la première biopsie, en dehors des lésions épidermiques déjà constatées dans le psoriasis et sur lesquelles nous ne reviendrons pas, on ne trouve dans le derme que des foyers d'infiltrations périvasculaires à la vérité assez intenses, tels que nous en avons observés dans de vieux psoriasis infiltrés ou dans du psoriasis vrai évoluant chez des syphilitiques, mais rien qui permette de penser vraiment à la syphilis.

Dans la seconde biopsie au contraire, on trouve des lésions se rapprochant de celle de la papule syphilitique. A côté des petits foyers hémorrhagiques intra-dermiques très superficiels qui expliquent le purpura, on trouve non seulement des manchons périvasculaires, mais de larges foyers d'infiltrations en nodules, de vrais plasmommes s'étendant jusqu'à l'hypoderme.

Tout récemment, MM. de Beurmann et Fage ont montré à la Société de Dermatologie un malade atteint d'une éruption très syphiloïde d'aspect et chez lequel le grattage méthodique a permis de faire le diagnostic de psoriasis, résultat vérifié par l'examen histologique. Nous croyons que dans le plus grand nombre de cas, le diagnostic peut être ainsi fait quand il s'agit de psoriasis vrai et de syphilides psoriasiformes vraies. Mais il existe des cas mixtes, le psoriasis évoluant chez un syphilitique ou les syphilides évoluant chez un psoriasique. Dans les deux cas, les deux processus morbides peuvent se développer simultanément sans se mêler ; mais ils peuvent aussi se combiner de façon à former des hybrides. Le diagnostic, de toute évidence, devient alors extrêmement difficile.

Il ne nous est pas possible de dire comment ces hybrides réagissent au grattage méthodique : le nombre que nous avons observé est encore trop restreint. Pourtant M. Brocq pense qu'il faut se défier d'une éruption mixte quand le grattage donne beaucoup de purpura, avant le décollement de la dernière pellicule.

§ 9. — Lichen plan et prurit circonscrit avec lichinification.

Si nous réunissons en un même paragraphe l'étude de ces deux dermatoses, ce n'est pas qu'elles présentent quelque point de contact, mais au contraire pour montrer combien elles sont dissemblables et combien leur diagnostic différentiel est facile si on veut bien s'aider du

grattage méthodique. On ne s'exposera pas, en agissant ainsi, à confondre le lichen plan et la lichénification, comme on le voit faire si souvent, et même à soutenir que ces deux termes représentent un seul état pathologique.

« Quand on gratte doucement, progressivement, à la curette une papule typique de lichen plan, non lichénifiée, on détache parfois quelques fines squames sèches, parfois on ne peut en enlever. A mesure que l'on gratte, la papule rougit, se congestionne, devient comme turgescente, et fait une saillie beaucoup plus notable au-dessus du niveau normal des téguments. Si l'on insiste encore, on voit apparaître sous l'épiderme de petits points purpuriques qui sont situés à la périphérie des papules. De plus, il semble parfois que l'épiderme se soulève en masse et se décolle du plan sous-jacent au niveau de la papule grattée.

« Dans quelques cas, il se produit, outre le purpura, des hémorrhagies minuscules ; mais cet accident semble ne survenir que lorsqu'on n'a pas procédé avec assez de méthode, et lorsqu'on a déchiré brutalement toute la couche épidermique. Nous croyons, jusqu'à plus ample informé, que c'est toujours le purpura qui se produit le premier.

« Quand on gratte avec la curette un élément adulte de lichen plan formant la plaque de 4 à 10 millimètres de diamètre à surface squameuse ou couverte de stries blanchâtres que quelques dermatologistes regardent comme pathognomonique du lichen plan, on enlève d'abord avec assez de facilité des squames fines assez peu adhérentes, parfois fort nombreuses et formant sur la

curette une poussière blanche ; puis on éprouve un peu de difficulté à enlever les squames sous-jacentes. On arrive alors sur une surface rosée ou d'un rouge pâle, un peu bistre, assez lisse, sur laquelle se voient le plus souvent les stries blanches caractéristiques. Quand on continue à gratter, on produit des points de purpura d'abord rares, minuscules, puis de plus en plus abondants. On peut enfin arriver en insistant, à excorier la plaque et à la faire saigner. Mais il semble dans quelques cas que par places, sous l'influence des grattages répétés, la dernière couche épidermique qui donne une sensation d'épaisseur et de résistance assez considérable se décolle du derme sous-jacent, et qu'il se forme comme un rudiment de bulle profonde à sérosité sanguinolente (1). »

Nous devons mettre deux points en relief dans cette description : la localisation périphérique du purpura et sa forme. Voici comment nous avons vu le purpura se produire dans les cas de lichen plan que nous avons explorés par le grattage.

Vers le 30e coup de curette, très rarement plus tôt, assez souvent plus tard (dans un cas au 100e) apparaît sur le bord de la papule grattée un très fin point purpurique. Si l'on continue le grattage, de nouveaux points apparaissent, s'étendent en devenant irréguliers, tendent à confluer par leurs bords de façon à former une couronne plus ou moins complète à l'élément éruptif. Le purpura n'apparaît que beaucoup plus tard au centre de la papule. La peau saine du voisinage présente une résistance normale : le nombre de coups de curette néces-

(1) L. Brocq, *loc. cit.*, p. 321.

saire pour provoquer un point minuscule de purpura en peau saine est toujours supérieur, et de beaucoup, au nombre nécessaire à provoquer le purpura sur les éléments éruptifs. Le rapport du second nombre au premier est par conséquent toujours supérieur à 1. Pour prendre un exemple, dans un de nos cas les chiffres étaient pour pour la peau saine 446, pour la papule 100. Le rapport était donc $\frac{446}{100} = 4{,}46$. Ce coefficient de résistance va nous permettre, d'un seul coup, de faire le diagnostic du lichen plan et des lichénifications.

En effet, les lichénifications présentent une résistance énorme au grattage. Pour faire apparaître un fin point de purpura, il est souvent nécessaire de donner 300, 500 coups de curette. Dans un cas il en a fallu 710. Comme la peau saine voisine de l'élément présente une résistance normale, le coefficient dont nous venons de parler est toujours inférieur à 1. Il nous a été donné d'appliquer cette méthode sur un malade chez lequel le diagnostic était hésitant. Les chiffres étaient : pour la peau normale, 150, et pour la peau malade, 300. Le rapport était donc $\frac{150}{300} = 0{,}5$. Il s'agissait par conséquent d'une lichénification.

Ajoutons encore que le purpura reste très longtemps minuscule dans les lichénifications malgré un grattage prolongé, et que l'exosérose, assez facile dans le lichen plan, reste presque indécelable dans la lichénification.

L'anatomie pathologique de ces deux dermatoses nous permet-elle d'expliquer la divergence des phénomènes constatés par le grattage ?

Le *lichen plan* présente des lésions *dermiques* toujours

accentuées. Elles consistent surtout en une infiltration dense de cellules dans le corps papillaire entre le réseau des vaisseaux sous-papillaires et les limites de l'épiderme, infiltration tellement dense, que les faisceaux du tissu conjonctif du derme semblent parfois avoir tout-à-fait disparu. Les lésions des vaisseaux, quoique moins caractéristiques, sont très marquées : « Tous les auteurs et en particulier Radcliffe Crocker et Unna, ont beaucoup insisté sur l'infiltration et la tuméfaction des papilles dermiques qui augmentent de volume dans toutes les directions, prennent peu à peu la forme de poires ou de massues, compriment les cônes épithéliaux interpapillaires, les déforment, les réduisent, dans certains cas, à l'état de vestige. .... Peu à peu, d'après Unna et Török, les capillaires superficiels du derme sont atteints de dégénérescence hyaline ; ils se dilatent : leur endothélium et leur périthélium perdent leurs noyaux et les contours des cellules tendent à disparaître (1). »

Ces lésions expliquent parfaitement l'apparition du purpura traumatique que nous avons montré être en relation avec des altérations *dermiques*. Il nous reste à voir pourquoi ce purpura est relativement assez difficile à produire malgré les grosses lésions dermiques et pourquoi il tend à prendre une forme annulaire circonscrivant la papule.

L'explication de ces deux points est la même, nous semble-t-il. Nous sommes persuadé que le purpura se produirait très facilement si la papule n'était pas recouverte par un épais surtout hyperkératosique qui la pro-

(1) L. Brocq, *La pratique dermatologique*, t. III, p. 218 et 219.

tège d'une part contre le traumatisme et qui, d'autre part, empêche de voir, par son opacité, les phénomènes qui ont lieu au-dessous d'elle. Or cette couche hyperkératosique est surtout marquée au centre de la papule, alors qu'en ces points la couche épineuse se rétrécit. On comprend donc que le purpura apparaisse en bordure et reste apparent seulement en cette région, tant que la curette n'a pas entamé cette sorte de clou corné qui centre la papule. Et cela est si vrai que dans les *formes ombiliquées* du lichen plan, où l'hyperkératose est surtout marquée à la périphérie, le purpura traumatique apparaît d'abord au centre de la papule.

Dans un cas, l'apparition d'un point de purpura central, a fait faire à M. Brocq le diagnostic de lichen plan ombiliqué, alors que l'attention n'avait pas été attirée sur cette forme spéciale par le simple examen à la vue.

L'exosérose que l'on constate fréquemment dans le lichen plan par le grattage méthodique est dûe à un œdème permanent intercellulaire qui arrive parfois, par places, à créer de véritables petites vésicules.

Bien différentes sont les lésions de la *lichénification* et nous avons vu combien différents sont ses signes au grattage.

Sans doute on trouve encore ici de l'hypertrophie papillaire et un certain degré d'infiltration lymphoïde. Mais les parois des vaisseaux sont saines. Ce sont surtout les *lésions épidermiques* qui sont remarquables et qui expliquent la grande résistance de la peau au grattage. « Le corps muqueux dans son ensemble est notablement augmenté d'épaisseur. Les prolongements interpapillaires sont hypertrophiés et s'enfoncent profondé-

ment entre les papilles : souvent même ils se bifurquent et s'unissent aux prolongements voisins. La couche granuleuse est partout intacte.... » (1).

Quelques cellules présentent l'altération cavitaire, mais cette altération reste isolée sans qu'il se montre de véritable cavité intramalpighienne. On se rappelle que la lichénification reste remarquablement sèche au grattage.

Pour le lichen plan et les lichénifications pures, on le voit, les résultats du grattage nous permettent encore de faire un diagnostic d'autant plus précis qu'il est basé sur les constatations histologiques et cela sans le secours de la biopsie.

(1) L. Brocq. *Loc. cit.*, p. 155.

CONCLUSIONS

I. — Généralités

I. Le grattage méthodique, pratiqué d'après la technique indiquée par M. Brocq, est un procédé de diagnostic et un moyen d'exploration clinique en dermatologie.

II. Il doit être pratiqué lentement et très superficiellement avec une curette modèle Vidal, mais à bords mousses. Accessoirement, on peut s'aider d'un compresseur de verre et d'un fragment de papier de soie, pour se rendre un compte exact des phénomènes provoqués.

III. Les phénomènes provoqués par le grattage méthodique consistent en : anémie, rougeur, desquamation exosérose, purpura, hémorrhagie. Parmi eux, nous avons surtout étudié les phénomènes vasculaires (purpura et hémorrhagie).

Le purpura traumatique est dû : soit à une simple dilatation vasculaire aperçue à travers une épiderme usé par le passage de la curette (peau saine) ; soit à des hémorrhagies dermiques papillaires ; soit enfin à des formations vésiculaires intra-épidermiques contenant des globules rouges.

L'hémorrhagie est dûe à l'abrasion des sommets papillaires, rendue possible et facile par les lésions épidermi-

ques, ou encore à la rupture au dehors des pseudo-vésicules hématiques que nous venons de signaler dans le corps de Malpighi.

D'une façon générale, le purpura indique l'existence de lésions dermiques, l'hémorrhagie celle de lésions épidermiques.

IV. Les phénomènes provoqués par le grattage sont commandés par les lésions histo-pathologiques de la dermatose observée. En conséquence le grattage méthodique permet de se rendre compte : de la structure des squames ; du degré d'œdème ou de vésiculation intra-malpighiens ; du degré de l'infiltration dermique et de la fragilité vasculaire ; du degré de la fragilité ou au contraire de la résistance de l'épiderme.

V. Les renseignements obtenus à l'aide du grattage méthodique sont donc d'ordre anatomo-pathologique. Cette méthode mérite de prendre place, comme moyen de diagnostic, entre l'examen clinique simple et les procédés de laboratoire.

II. — Applications pratiques

Les phénomènes les plus constants et les plus caractéristiques provoqués par le grattage dans les dermatoses que nous avons explorées sont les suivants :

I. *Pityriasis rosé de Gibert.* — Purpura apparaissant rapidement sur les bords de l'élément, ne se généralisant à son centre que beaucoup plus tardivement, alors que la curette provoque déjà de l'hémorrhagie au niveau des

bords ; ce purpura reste fin quoique multiple ; accessoirement, exosérose légère ; résistance de la peau saine diminuée.

II. *Dermatose figurée médio-thoracique.* — Hémorrhagie très rapide, se montrant souvent avant le purpura, rarement après lui et dans ce dernier cas très peu de temps après lui ; hémorrhagie à gouttes relativement assez grosses ; exosérose assez notable.

III. *Psoriasis.* — Squames sèches, stratifiées ; pellicule sous-cornée se détachant par lambeaux appréciables et laissant à nu au-dessous d'elle une surface rouge, lisse, luisante sur laquelle sourdent de fines gouttelettes de sang pur.

IV. *Parapsoriasis.* — Purpura plus ou moins abondant ; pas d'hémorrhagie facile.

V. *Parakératoses psoriasiformes sèches.* — Mélange de purpura traumatique et d'hémorrhagies punctiformes, mais avec prédominance du purpura qui reste fin, non systématisé ; purpura d'autant plus rare qu'on se rapproche du psoriasis vrai, d'autant plus abondant qu'on se rapproche du parapsoriasis ; absence de cuticule sous-cornée.

VI. *Parakératoses psoriasiformes ayant de la tendance à la vésiculation.* — Existence au-dessous de la squame sèche de fines dépressions cupuliformes intra-épidermiques au niveau desquelles sourd un peu de sérosité ; purpura et hémorrhagies comme dans la forme précédente.

VII. *Eruptions rouges et squameuses intermédiaires aux dermatoses précédentes (faits de passage).* — Possibilité de fixer avec exactitude la place réelle que chacune de ces éruptions doit prendre dans le cadre nosologique, d'après les phénomènes observés par le grattage.

VIII. *Lupus erythémateux.* — Adhérence des squames qui présentent des prolongements filiformes sur leur face profonde; purpura avant desquamation complète; desquamation complète impossible sans écorcher la derme et sans provoquer d'hémorrhagie.

IX. *Syphilides psoriasiformes.* — Purpura précoce, gros, irrégulier, confluent, progressif, non systématisé; pas de cuticule sous-cornée; pas d'hémorrhagie, à moins d'excoriation.

X. *Lichen plan.* — Purpura assez facile, confluent ensuite sur les bords de la papule élémentaire de façon à l'entourer plus ou moins complètement d'une bordure purpurique; dans le lichen plan ombiliqué, au contraire, le purpura centre la papule; exosérose assez fréquente.

XI. *Lichénification.* — Résistance très augmentée, le purpura n'apparaissant qu'avec la plus grande difficulté, plus difficilement que sur la peau saine; pas d'exosérose.

Le Président de la Thèse,
E. GAUCHER.

Vu :
Le Doyen,
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

PRÉAMBULE 9

CHAPITRE I. — **Historique** 11

CHAPITRE II. — **Technique du grattage méthodique** 25

1. — Instruments nécessaires 25
2. — Technique 27

CHAPITRE III. — **Résultats du grattage en général** 33

CHATITRE IV. — **Résultats généraux du grattage dans les états pathologiques cutanés** 40

CHAPITRE V. — **Étude de chaque phénomène en particulier et spécialement du purpura et de l'hémorrhagie** 42

1. — Squames 42
2. — Sérosité 46
3. — Purpura 53
4. — Hémorrhagie 57

CHAPITRE VI. — **Applications au diagnostic de quelques dermatoses de la constatation du purpura ou de l'hémorrhagie provoqués par le grattage méthodique** 61

1. — Pityriasis rosé de Gibert 62
2. — Dermatose figurée médio-thoracique 65
3. — Psoriasis 70
4. — Parapsoriasis 76
5. — Parakératoses psoriasiformes 79
6. — Lupus érythémateux 80
7. — Syphilides psoriasiformes 82
8. — Diagnostic entre le psoriasis et les syphilides psoriasiformes à l'aide du grattage méthodique 87
9. — Lichen plan et prurit circonscrit avec lichénification 72

CONCLUSIONS 99

I. Généralités 99

II. Applications pratiques 100

Travail exécuté en commandite
par des ouvriers syndiqués.

Typ. F. Guyon, Saint-Brieuc.
(797-3-8).